

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

2 • 2019

Årsmøteprogram Bodø 2019

Polycystisk ovariesyndrom – hvor står vi nå? s. 8

Vulvodyni – hva er det egentlig? s. 10

Gjør kloke valg s. 14

Møte med Denis Mukwege s. 18



Norsk gynekologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

See more in life



HM70A - HS50 - HS70A - RS85 - WS80A - RS80A - HS60 - HS40 - PT60A

Inter-Medical – Oslo

Grini Næringspark 3
1361 Østerås, Norge
Telefon: [+47] 952 73 527
Email: post@inter-medical.com

Inter-Medical – Gjøvik

Baldersvei 3
2816 Gjøvik, Norge
Telefon: [+47] 406 17 940
Epost: nils@inter-medical.com

INTER-MEDICAL AS
OFFICIAL DISTRIBUTOR OF SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG MEDISON



Norsk gynekologisk
forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

Gynekologen

Medlemsblad for Norsk Gynekologisk Forening

Ansvarlig redaktør

Jenny Alvirovic
Overlege, Oslo universitetssykehus
jennyalvirovic@hotmail.com

Redaksjonsmedlemmer

Irina Eide
PSL, Bodø
irina.eide@gmail.com

Johanne Kolvik Iversen
Klinisk stipendiat UiO, overlege HUS
johanne.iversen@gmail.com

Liva Helleland
LiS, Haukeland universitetssykehus
liva.helleland@gmail.com

Cecilie Fredvik Torkildsen
Klinisk stipendiat UiB, Overlege SUS
cecilie.torkildsen@gmail.com

Nettredaktør

Tina Tellum
LiS Oslo universitetssykehus
tina.tellum@gmail.com

Layout, annonsesalg og produksjon

Cox Oslo AS
www.cox.no
Kongensgate 6, 0153 Oslo

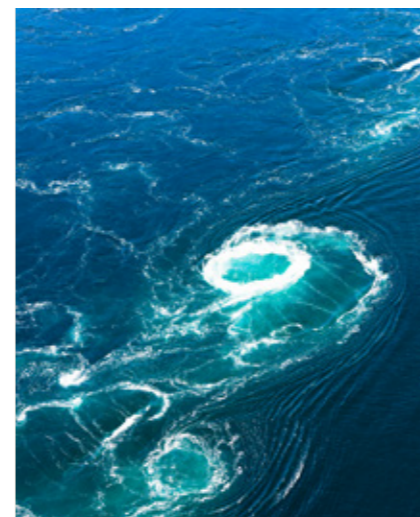
GYNEKOLOGEN på internett

www.legeforeningen.no/ngf

Materiellfrister for redaksjonelt innhold 2019

Nr. 3 9/9
Nr. 4 4/11

Opplag: 1300



INNHOOLD

REDAKTØR	5
LEDER	7

FAGLIG PÅFYLL

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) – hvor står vi nå?	8
Vulvodyni – hva er det egentlig?	10
Fertilitetsbevarende behandling	12
Gjør kloke valg	14
Arbeid med pasienter utsatt for seksuelle overgrep og møte med Denis Mukwege	18

NEKROLOG

Babill Stray-Pedersen	22
-----------------------------	----

HORMONHJØRNET

Alternativer til østrogen for klimakteriesymptomer	24
--	----

NGF-STYRET

Styret i Norsk gynekologisk forening	26
Nytt fra NGF-styret	26

NGF's ÅRSMØTE 2019

.....	28
-------	----

FUGO

Kjære FUGO-medlemmer!	34
Boksen går! - Battle of the best	36
ENTOG utveksling i Norge 2020	38
FUGO kurs – Grunnleggende hysteroskopi	38

INTERVJU

Hilde Sellevoll – Den nye FUGO-lederen	40
--	----

SPECIALITETSKOMITÉEN

Nytt fra spesialitetskomiteen	44
-------------------------------------	----

PHD

Genital descens repareres best med kvinnens eget vev	44
--	----

NORGE RUNDT

Sandnessjøen sykehus	46
----------------------------	----

Utvalgte abstracts fra AOGS	49
-----------------------------------	----

GYNEKOLOGEN

- er et uavhengig tidsskrift.
Meninger og holdninger avspeiler ikke nødvendigvis den offisielle holdning til styret i NGF, eller Dnlf. Signerte artikler står for forfatterenes egen regning. Kopiering av artikler kan tillates etter kontakt med ansvarlig redaktør og oppgivelse av kilde.

Forside: Saltstraumen. Foto: GettyImages



Intrarosa®

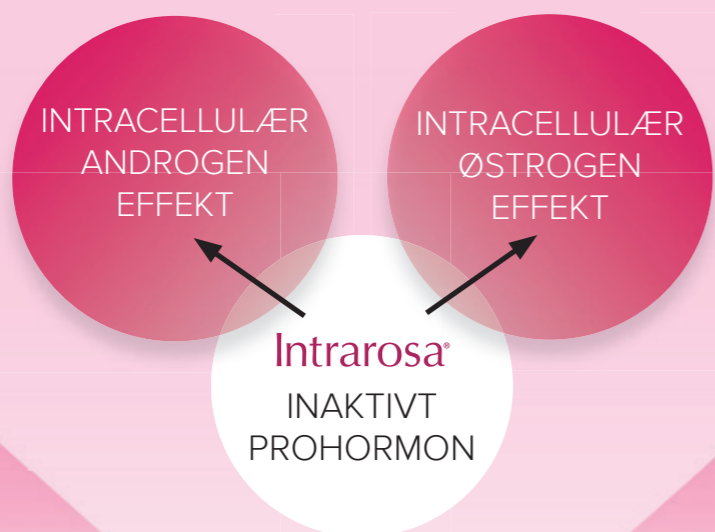
Prasteron 6,5 mg (DHEA)
vagitorie

Nyhet!



Ny behandling ved vulvovaginal atrofi

- Over 50% av alle postmenopausale kvinner plages med tørre slimhinner etter menopause¹
- Intrarosa® (DHEA) er i seg selv inaktivt, men tas opp intravaginalt og omdannes intracellulært til østrogen og androgener²



1) Kim et al., J Menopausal Med. 2015 Aug; 21(2): 65–71. 2) Intrarosa® SPC, jan 2019.

Intrarosa «Endoceutics»

ATC-nr.: G03XX01

VAGITORIE, 6,5 mg: Hver vagitorie inneh.: 6,5 mg prasteron, hardfett.

Indikasjoner: Vulvovaginal atrofi hos postmenopausale kvinner med moderate til kraftige symptomer.

Dosering: 1 vagitorie 1 gang daglig, ved leggetid. **Glemt dose:** Tas kun hvis det er ≥8 timer til neste dose. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Ingen dosejustering nødvendig.

Barn og ungdom: Bruk ikke relevant i noen aldersgrupper ved vulvovaginal atrofi grunnet menopause. Eldre: Ingen dosejustering nødvendig. **Administrering:** Føres inn i vagina med finger eller vedlagt applikator, se pakningsvedlegg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdstoffene. Udiagnostisert genitalblødning. Kjent, tidligere/mistenkt brystkreft. Kjente/mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Ubehandlet endometriehyperplasi. Akutt leversykdom/ tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Tidligere/pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeembolisme). Kjente trombofili sykdommer (f.eks. protein C-mangel, protein S-mangel, antitrombinmangel). Aktiv/nylig arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Porfyri.

Forsiktighetsregler: Bør bare startes hvis symptomene har negativ innvirkning på livskvaliteten. Nytte/risiko bør vurderes grundig minst hver 6. måned. Før behandling bør det oppstas en komplett sykehistorie. Legeundersøkelse (inkl. undersøkelse av underliv og bryster) bør sammenholdes med sykehistorien, kontraindikasjoner, advarsler og forsiktighetsregler. Individuelt tilpasset rutinemessig kontroll anbefales under behandlingen. Kvinner bør gis råd om brystforandringer som bør rapporteres til lege/sykepleier. Undersøkelser, inkl. Pap-utstryk og blodtrykkmåling, bør foretas i henhold til gjeldende screening-praksis. Vaginal infeksjon skal behandles før behandlingsstart. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Samtidig bruk av systemisk HRT (østrogen, østrogen-progestogenkombinasjon eller androgenbehandling) eller vaginale østrogen har ikke blitt undersøkt og er derfor ikke anbefalt.

Graviditet, amming og fertilitet: Graviditet: Ikke indisert til premenopausale kvinner i fertil alder, inkl. graviditet. Amming: Ikke indisert ved amming. Fertilitet: Ikke indisert til fertile kvinner.

Bivirkninger: Vanlige (≥1/100 til <1/10): Kjønnsganer/bryst: Unormalt Pap-utstryk (hovedsakelig ASCUS eller LGSIL). Undersøkelser: Vektendringer. Øvrige: Vaginal utflod. Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100): Kjønnsganer/bryst: Cervix-/uteruspolypper, kuler i brystet (benigne).

Overdosering/Forgiftning: Behandling: Vaginalskylning.

Egenskaper: Virkningsmekanisme: Prasteron, dvs. dehydroepiandrosteron (DHEA), er biokjemisk og biologisk identisk med endogent humant DHEA, et forløpersteroid som er inaktivt og omdannes intracellulært i vaginalceller til østrogen og androgener. Effekt på vulvovaginal atrofi via aktivering av vaginale østrogen- og androgenreseptorer. Østrogenmediert økning i antall overflate- og intermediære celler og redusert antall parabasale celler i vaginalslimhinnen. Vaginal pH faller mot normalområdet, noe som bidrar til vekst av normal bakterieflora.

▼ Dette legemidlet er underlagt særlig overvåking for å oppdage ny sikkerhetsinformasjon så raskt som mulig. Helsepersonell oppfordres til å melde enhver mistenkt bivirkning.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares ved høyst 30°C. Skal ikke fryses.

Pakninger og priser: 28 stk. (blister med appl) nok 392,90, varenr 098502.

Basert på SPC sist endret 01/2019

AVIA PHARMA

Svärdvägen 3B, S-182 33 Danderyd, Sweden
www.aviapharma.se

Kjære kollega!

Sommerturnusene er forhåpentligvis på plass og ferieplanene dine lagt. Vi går inn i en årstid med høyaktivitet på Norges fødeavdelinger. Igjen skal rekorder settes og måltall nåes. Ja, for selv om vi kanskje ønsker oss en litt rolig sommervakt, så er det bare å brette opp ermene, det er høysesong i faget vårt! Mekan til pulserende nattliv skal man lete lenge etter. Lange lyse sommerketter. Akkurat sånn som vi liker det.

Årsmøtet 2019 står for døren. Det er fortsatt tid. Fristen for innsending av abstracts er 15. august. I år igjen har vitenskapelig sekretær i NGF, Kirsten Hald, satt sammen et spennende program med global kvinnehelse på agendaen. Vi gleder oss. Husk å søke om fri og melde deg på! LiS må huske å melde seg på FUGO's forkurs om HYSTEROSKOPI via legeföreningens kurskatalog. Dette er godkjent som valgfritt kurs og gir rett til reiserefusjon fra Fond 3.

I denne utgaven av Gynekologen skriver Cecilie Hagemann om sitt møte med Denis Mukwege og sitt arbeide med overgrepsmottaket ved St.Olavs hospital i Trondheim. Som tidligere LiS

i Trondheim kan jeg bekrefte at Cecilie er en ildsjel på dette området. Hvis man ikke visste råd med prøvetaking eller utfylling av skjemaer, da var det bare å ringe Cecilie (når som helst!)

Legeledet. Pasientsentrert. Evidensbasert. Tverrfaglig. Transparent. Blir du nysgjerrig? Gjør kloke valg – kampanjen (anm. oppr. "Choosing Wisely") kan du lese om på side 14. Tenker du enda en kampanje? Denne har vi fått være med på. Forslagene innen gynekologi og obstetrik er utarbeidet av kollegaene Mette Haase Moen og Heidi Frostad Sivertsen. De har vært til høring blandt NGF's medlemmer og publiseres i disse dager. Dette er håndfast og nyttig, så følg med.

Siste nyhet; Velkommen til Cecilie Fredvik Torkildsen som er ny redaksjonsmedlem i Gynekologen. Hun har skrevet en flott artikkel om fertilitetsbevarende behandling på side 12.

God sommer. Vi sees i Bodø!

Hilsen Jenny



Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFØRENING

Norsk gynekologisk forenings solidaritetsfond for global kvinnehelse

Søknader sendes: nmo084@uib.no innen 1/8-19.

Medlemmer av Norsk gynekologisk forening kan søke om midler og disse deles ut ifm årsmøtet. Fondet tilgodes- er søknader som fremmer kvinnehelse i et globalt perspektiv og er ikke et reisefond. Det kan søkes om midler til opplæringsprogram, teknisk og medisinsk utstyr, midler til kollegiale nettverk i lav- og mellominntektsland.

Grasrot- og lavkosttiltak skal prioriteres. Søknader knyttet til store hjelpeorganisasjoner prioriteres ikke.

NGF's styre fungerer som tildelingskomite.



DIVEEN® KJENN PÅ FRIHETSFØLELSEN!

Klinisk dokumentert effekt ved stressinkontinens hos kvinner.⁽²⁾

Godkjent på blåresept – hjemmel 501

For mer informasjon, les på vår hjemmeside:
www.bbraun.no eller scan qr-koden:



B. Braun Medical AS | Kjernåsveien 13 B | 3142 Vestskogen | Norge
Tlf. 33 35 18 00 | www.bbraun.no | E-post: kundeservice.no@bbraun.com

⁽¹⁾ Brevet EP 1 924 218 B1

⁽²⁾ Comu J.N et al. 75NC007 device for noninvasive stress urinary incontinence management in women: a randomized control trial. *International Urogynecology Journal* 2012, 23 (12): 1727-34



Intravaginal tampong,
som reduserer
stressinkontinens.⁽¹⁾



«Jeg vil ønske dere alle
en strålende sommer
og vi ses i Bodø!»

Den ekstraordinære generalforsamlingen i NFOG ble avholdt i Stockholm i april. Lederskapet i NFOG stod på valg og Oskari Heikinheimo fra Finland ble valgt til ny president i NFOG. Det kom flere gledelige avgjørelser i Stockholm, sett med norske øyne. Espen Berner bytter fra nyttår beite fra kasserer til rollen som generalsekretær. Dette er bra for NFOG og vi ønsker Espen alt godt i sin nye rolle. En annen gladnyhet er at den engelskspråklige læreboken for medisinstudenter ble vedtatt og dette vet jeg at det er flere skriveglade norske forfattere som er glad for. Prosjektet er nå adskillig bedre planlagt og det er mitt og styrets håp at dette blir en suksess for forfatterne, men kanskje aller mest at boken blir brukt av medisinstudenter i Norden. Boken har i alle fall en solid redaktørgruppe av meget erfarne kolleger fra hele Norden.

En tredje nyhet «out of» Stockholm er at Trondheim er valgt som arrangør for NFOG i 2023. Det var sannelig på tide at Trønderhovedstaden får arrangere Nordens viktigste samlingspunkt for gynekologer. Med vår alles kjære Pepe som kongresspresident blir det mye å glede seg til i «Tronhjem» i 2023! NFOG board har for øvrig besluttet at kongressene flyttes fra juni til månedsskiftet august/september fra og med 2023 i håp om at flere svensker

ønsker å delta. Vi håper på stort oppmøte i Trondheim i august/september 2023, også fra Sverige. Før det har vi imidlertid EBCOG i Bergen å glede oss til. Om under ett år braker det løs i Grieghallen, nærmere bestemt 14. til 16. mai 2020. Planer for program er underveis og NFOG ønsker å gjenta suksessen fra FIGO kongressen med egne Nordiske sesjoner.

Årsmøteprogrammet for 2019 presenteres i dette nummeret. Vi i styret håper at vi har klart å ta pulsen på foreningen og vi tror at de temaer som det skal fokuseres på i år er både interessante og dagsaktuelle for mange. I tillegg byr sjansen seg for en reise til byen langt nord for polarsirkelen, Bodø. Presentasjonsvideoen fra i fjor antydte at LOK har tatt seriøse grep for at vi skal kose oss i oktober. Det er fortsatt litt tid igjen, så send inn abstracts og meld deg på.

Jeg vil ønske dere alle en strålende sommer og vi ses i Bodø!

Vennlig hilsen
nb

Polycystisk ovariesyndrom (PCOS) – hvor står vi nå?

Av: Eszter Vanky, Tone S. Løvvik, Liv Guro Hanem og Maria O. Underdal

Stor nordisk studie ledet fra Trondheim, viser til færre senaborter og preterme fødsler hos kvinner med PCOS ved bruk av metformin. Samtidig har metformin ingen effekt på svangerskapsdiabetes og øker risikoen for fedme hos intrauterint eksponerte barn.

Fra 90-tallet og frem til i dag har det vært stadig økende interesse for spørsmål knyttet til PCOS. Samtidig opplever fortsatt mange pasienter og klinikere at det er lite hjelp å få og at vi er på «stedet hvil». Kvinner med PCOS faller gjerne mellom flere stoler og det er helt tydelig at en helhetlig tilnærming er nødvendig, der allmennleger, gynekologer, endokrinologer og dermatologer samarbeider. Det gledelige er at det nå er kommet to gjennombrudd innen PCOS-forskning det siste året;

International evidence-based guideline

Det ene gjennombruddet kommer etter en stor internasjonal satsning, ledet av Prof. Helena Teede (Australia), på å lage en internasjonal evidensbasert veileder som dekker de fleste aspekter av PCOS; «Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome» (1). Denne er nå publisert på nett, blir jevnlig oppdatert, er helt gratis og åpent tilgjengelig for alle. Ekspertene fra 5 kontinenter, i 71 land og fra 12 spesialiteter deltok i utarbeidelsen av veilederen i samarbeid med pasientrepresentanter, statistikere og bibliotekarer. Veilederen er utarbeidet etter strikte kriterier i en helt transparent prosess. (Se link nedenfor) Anbefales!

PregMet studiene

Det andre gjennombruddet kommer etter mer enn 15 års klinisk forskning på PCOS, graviditet, metformin og oppfølging av PCOS kvinner og deres barn, og har resultert i publikasjoner som bidrar til evidensbasert kunnskap med stor klinisk relevans. Mange norske sykehus og gynekologer har bidratt til dette! (Se faktaboks.)

I 2018 avsluttet vi en stor nordisk RCT studie (PregMet2 studien), der vi randomiserte gravide kvinner med PCOS til metformin (2g daglig) eller placebo, fra første trimester til fødsel. Eszter Vanky var prosjektleder og ansvarlig for hele den nordiske studien og Tone S. Løvvik hadde ansvar som prosjektleder i Norge (2). Studien inngikk i Tone S. Løvviks doktorgradsarbeid i 2018. Endokrinolog Sven Carlsen var medveileder. PregMet2 studien tok 5 år å gjennomføre, og planen var å inkludere 1000 kvinner. Studien ble basert på to tidligere, mindre, norske studier med lik design. Til sammen deltok 9 norske, 4 svenske og 1 islandsk senter som lyktes med å inkludere 487 deltakere. Kvinnene var i gjennomsnitt 29 år gamle og hadde KMI på 27 kg/m². Hovedspørsmålet var om metformin kunne forebygge senaborter og preterme fødsler. Vi undersøkte også forekomsten

av svangerskapsdiabetes, preeklampsi og hypertensjon. For å få tilstrekkelig styrke valgte vi å publisere våre funn som en «individual participant data (IPD) meta-analyse» av alle de tre studiene (Pilot studien (3), PregMet studien (4) og PregMet2 studien (2)), med tilsammen 790 kvinner. Vi fant at metformin i graviditet forebygger senaborter og preterme fødsler hos kvinner med PCOS. I metformin-gruppen hadde 5% senabort eller preterm fødsel, sammenlignet med 10% i placebo-gruppen (p=0,004). NNT (number needed to treat) var 21. Vi fant også at metformin-gruppen hadde mindre vektøkning under graviditeten; 9,1 kg vs. 11,5 kg (p=0,0001) men til tross for dette hadde metformin ingen forebyggende effekt på svangerskapsdiabetes (GDM), forskyvning av GDM debut eller behov for insulin ved GDM. Metformin hadde ingen effekt på å forebygge preeklampsi. Mer enn halvparten av deltakerne hadde en eller flere kroniske sykdommer hvor depresjon (23%), migrene (20%) og astma (12%) var de hyppigst forekommende tilstandene. Det var ingen forskjell i fødselsmåte eller fødselskomplikasjoner mellom gruppene. Kvinnene i metformin-gruppen rapporterte oftere gastro-intestinale bivirkninger, ellers var det ikke forskjell i uønskede hendelser. Hos de nyfødte var hodeomkretsen større i metformin-gruppen. Gestasjonsalder-korrigert vekt og lengde var lik i metformin og placebo gruppen.

PedMet studien -oppfølging av barna

Vi har også fulgt opp barna født av mødre som deltok i PregMet1 studien mellom 2005-2009. Studien inngår i Liv Guro E. Hanems doktorgrad (5). Pediatr Rønnaug Ødegård er medveileder. Barna var i gjennomsnitt 8 år gamle ved tidspunkt for oppfølgingen. Av 255 inviterte barn, ble 141 (55%) med i oppfølgingsstudien. Vi fant at de som ble eksponert for metformin *in utero* hadde en signifikant høyere aldersjustert KMI (p=0,03). Det var også flere av de metformin-eksponerte barna som hadde fedme, 17% i metformin-gruppen og 1% i placebo-gruppen (p=0,001). Fedmen var også mer sentralisert i metformin-gruppen, målt som større midjemål. Det så ut som at metformin hadde en mer uttalt effekt på barns KMI dersom mor hadde høy KMI. Om det er metformin sammen med mors høye KMI under graviditet eller om det er metformin-eksponering med etterfølgende usunt kosthold som øker risikoen for fedme hos barna er vanskelig å si.

MumMet studien – oppfølging av mødrene

Vi undersøkte mødrene samtidig som at barna ble fulgt opp. Studien inngår i Maria O. Underdal sitt doktorgradsarbeid.

Diagnose-kriterier for PCOS

Minst 2 av 3 kriterier

- Oligo-anovulasjon (<8 menstuasjon/år)
- Polycystiske eggstokker > 20 follikler/eggstokk, 2-9mm
- Hyperandrogenisme

Klinisk:

- mFG score ≥ 4
- vedvarende akne
- alopesi

Biokjemisk:

- FTI (T/SHBG) $\times 100 > 0,6$ analysert med LC-MS



Endokrinolog Marianne Andersen er medveileder. 131 av 239 (55%) mødre ble med i oppfølgingen. Metformin vs. placebo-behandling under graviditet hadde ingen effekt på kvinnes metabolske langtidshelse, målt i vektoppgang, BMI, midje/hofte ratio, blodtrykk, glukosemetabolisme eller lipidprofil åtte år etter graviditeten (6). PCOS kvinner med høyere prolaktinnivåer og rapportert økning av bryststørrelse i graviditeten hadde bedre metabolsk helse både i graviditeten og 8 år senere (7).

Både PregMet2, PedMet og MumMet studiene var finansiert av Norges Forskningsråd, St.Olavs Hospital, NTNU, Felles forskningsutvalg og Novo Nordisk Fondet. Funnene er publisert i Lancet Diabetes & Endocrinology (2), Lancet Child & Adolescence Health (5), Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism (6) og European Journal of Endocrinology (7). Alle de tre RCT-studiene om metformin-behandling av gravide kvinner med PCOS var ledet fra Trondheim med uvurderlig arbeidsinnsats og engasjement av kolleger fra mange norske sentre gjennom 12 år. Tusen takk til alle som har bidratt!

Forfatterens konklusjon

- Kvinner med diagnostisert PCOS har økt forekomst av kroniske sykdommer og høyere risiko for svangerskapskomplikasjoner
- Metformin
 - reduserer senabort og preterm fødsel hos kvinner med PCOS.
 - har ingen effekt på forekomsten, debut eller alvorlighetsgraden av GDM hos kvinner med PCOS.
 - *in utero* resulterte i høyere gjennomsnitt KMI og flere barn med fedme i 8-års alderen, spesielt der mor hadde høy KMI i graviditet.
 - bør seponeres når man konstaterer graviditet.
 - kan brukes hos PCOS kvinner med økt risiko for senabort og preterm fødsel, etter nøye informasjon og drøfting med den gravide.

Referanser

1. <https://www.monash.edu/medicine/sphpm/mchri/pcos>
2. Use of metformin to treat pregnant women with polycystic ovary syndrome (PregMet2): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial
3. Løvvik TS, Carlsen SM, Salvesen Ø, Steffensen B, Bixo M, Gómez-Real F, Lønnebotn M, Hestvold KV, Zabielska R, Hirschberg AL, Trouva A, Thorarinsdóttir S, Hjelle S, Berg AH, Andræ F, Poromaa IS, Mohlin J, Underdal M, Vanky E. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 Apr;7(4)
4. Metformin reduces pregnancy complications without affecting androgen levels in pregnant polycystic ovary syndrome women: results of a randomized study.

- Vanky E, Salvesen KA, Heimstad R, Fougner KJ, Romundstad P, Carlsen SM. Hum Reprod. 2004 Aug;19(8):1734-40
- Metformin versus placebo from first trimester to delivery in polycystic ovary syndrome: a randomized, controlled multicenter study.
- Vanky E, Stridsklev S, Heimstad R, Romundstad P, Skogøy K, Kleggetveit O, Hjelle S, von Brandis P, Eikeland T, Flo K, Berg KF, Bunford G, Lund A, Bjerke C, Almås I, Berg AH, Danielson A, Lahmami G, Carlsen SM. J Clin Endocrinol Metab. 2010 Dec;95(12)
5. Intrauterine metformin exposure and offspring cardiometabolic risk factors (PedMet study): a 5-10 year follow-up of the PregMet randomised controlled trial.

Sentre og samarbeidspartnere i PregMet 2 studien

Eszter Vanky - Trondheim
 Tone S Løvvik - Trondheim
 Sven M. Carlsen - Trondheim
 Øyvind Salvesen - Trondheim
 Maria O. Underdal - Trondheim
 Hilde Oksfjellelv - Trondheim
 Terese Skjemstad - Trondheim
 Øyvind Nytny - Oslo/Trondheim
 Francisco Gómez-Real - Bergen
 Marianne Lønnebotn - Bergen
 Kristin V. Hestvold - Drammen
 Renata Zabielska - Tønsberg
 Solveig Thorarinsdóttir - Skien
 Sissel Hjelle - Ålesund
 Ann Hilde Berg - Lillehammer
 Frida Andræ - Bodø
 Jan Mellombakken - Oslo
 Berglind Steffensen - Reykjavik
 Marie Bixo - Umeå
 Angelica L. Hirschberg - Stockholm KI
 Anastasia Trouva - Stockholm KI
 Johanna Molin - Stockholm SÖS
 Inger S Poromaa - Uppsala

- Hanem LGE, Salvesen Ø, Juliusson PB, Carlsen SM, Nossum MCF, Vaage MØ, Ødegård R, Vanky E. Lancet Child Adolesc Health. 2019 Mar;3(3):166-174.
6. Does Metformin Treatment During Pregnancy Modify the Future Metabolic Profile in Women With PCOS? Underdal MO, Stridsklev S, Oppen IH, Høgetveit K, Andersen MS, Vanky E.
7. J Clin Endocrinol Metab. 2018 Jun 1;103(6):2408-2413
- Prolactin and breast increase during pregnancy in PCOS - linked to long-term metabolic health? Underdal MO, Salvesen Ø, Schmedes AV, Andersen MS, Vanky E. Eur J Endocrinol. 2019 Apr 1.



Vulvodyni – hva er det egentlig?

Av Anne Lise Helgesen

En av de litt mystiske og kanskje lite kjente vulvalidelsene er vulvodyni. Hva skyldes dette? Hvem får det og hva gjør vi med pasientene?

Navnet vulvodyni er forbundet med Odyne, som var smertens gudinnen i gamle Hellas. Vulvodyni er definert som en smertetilstand, ofte i form av brennende smerte, som forekommer i fravær av både relevante synlige funn og en spesifikk klinisk identifiserbar sykdom. Studier viser at så mange som 10-15% av alle kvinner vil oppleve å ha vulvodyni mer enn 3 mndr i løpet av livet.

Årsaken til vulvodyni er fortsatt ukjent, til tross for en god del forskning på lidelsen over flere tiår. Vulvodyni er antagelig en svært sammensatt tilstand med mange ulike årsaker som varierer hos hver enkelt pasient. For å komme frem til riktig behandling, er det derfor viktig å danne seg et bilde av pasientens relevante sykehistorie og kjenne til hva som er de vanligste antatt mulige årsakene til vulvodyni. Kun på denne måten vil man kunne etablere et behandlingsopplegg som kan hjelpe pasienten tilstrekkelig. Mulige årsaker inkluderer blant annet genetiske og / eller immunologiske faktorer, hormonelle faktorer, perifer og sentral nevropati (nerveskade), allergiske reaksjoner, og patologi i bekkenbunnens muskler og nerveforløp. I hovedsak er det sannsynligvis mange ulike sykdommer som gir lignende symptomer og forårsaker vulvodyni.

Seksualitet:

En viktig tilleggsfaktor som forekommer hos så å si alle pasientene er problemer rundt samleie og intimitet. Derfor bør dette alltid tas opp som eget tema hvis man mistenker vulvodyni. Har du

pasienter med smerter i underlivet bør du alltid spørre direkte hvordan dette påvirker pasienten seksuelt, spesielt hos kvinner som har slitt med smerter over lengre tid. Ofte er dette en vanskelig del av konsultasjonen. Ofte har pasienten ikke snakket med noen andre om disse problemene. Tenk på ulike mekanismer som kan forverre plagene. Mange av kvinnene har mye frykt, dårlig selvfølelse og føler seg svært alene med problemene og tankene de har. Dette kan igjen påvirke lysten, og redusert lyst kan gi forverring av plagene og man havner i en ond sirkel.

2 hovedgrupper:

Pasientene med vulvodyni deles ofte opp i 2 hovedgrupper:

- *Lokalisert provosert vulvodyni*
- *Generalisert uprovosert vulvodyni*

Den første gruppen representerer ofte unge kvinnene som vanligvis ikke har født. Den andre gruppen representerer ofte postmenopausale kvinnene. Symptomene i de 2 gruppene er vanligvis svært ulike; hvor de unge får smerter hovedsakelig rundt introitus ved samleie eller bruk av tampong, mens de eldre får mer generaliserte smerter i hele vulvaregionen uten spesiell provokasjon.

Felles for begge gruppene er altså at man ikke finner spesielle anatomiske forandringer eller kliniske funn i vulvaregionen bortsett fra smerte og evt anspenhet. Dette gjør at diagnosen kan være vanskelig å stille.

Vi utfører ofte en såkalt vattpinnetest i introitusområdet, den består i å trykke med en jevnt lik kraft rundt hele sirkumferensen av introitus vaginae. Her angir pasienten typisk smerter ca kl 5 og 7, ofte med lett inndragning av samme område pga anspenhet. Mange pasienter har som tilleggsfaktor en viss grad av vaginisme, som man tror oppstår som konsekvens av å ha smerter i vulva over lengre tid.

Candidakurer og annen behandling:

Det er nokså sikkert at rask diagnostisering og oppstart av behandling er gunstig prognostisk for alle typer vulvodyni. Svært mange pasienter har gått med årelange plager før de får riktig diagnose og behandling. Den klassiske historien er gjentatte kurer med candidabehandling uten sikker diagnostisering ved mikroskopering eller dyrkning. Studier tyder på at denne overbehandling kan være medvirkende årsak til vulvodyni.

Behandling:

Behandling av vulvodyni bør differensieres på grunnlag av sykehistorien og funn ved klinisk undersøkelse. Klassisk startbehandling kan være xylocainsalve som appliseres forsiktig i vulva hver kveld over 6-8 uker. Etter hvert kan man massere området med samme salve. Husk at mange av pasientene vegrer seg for å ha kontakt med sitt eget underliv, og må læres opp til å se og berøre sin egen vulva på ny. Samleieforbud bør gjennomføres i denne perioden.

Hos pasienter med grader av vaginisme, vil det være gunstig å starte med fysioterapitøyninger, og enkelte fysioterapeuter foretar vaginale tøyninger og massasje av bekkenbunnsmuskulaturen med god effekt.

Enkelte pasienter har mer behov for sexologisk støtte, gjerne sammen med evt partner.

Antidepressiva er hyppig brukt i andre sammenhenger som behandlingen av kroniske smerter. En aktuell behandling for vulvodyni er derfor bruk av orale trisykliske antidepressiva. Disse medisinene deaktiverer nerver som forårsaker smertefølelsen. Doseringen av trisykliske antidepressiva ved vulvodyni er betydelig lavere enn ved depresjon. Ulike typer antiepileptika brukes også forsøksvis, med varierende grad av effekt og bivirkninger.

Vulva.no

Nettsiden *Vulva.no* ble lansert 27.02.19 som et samarbeid mellom hudleger, gynekologer og fysioterapeuter som daglig jobber med vulvapasienter. Nettsiden eies av interesseforeningen Vulvaforum, og støttes økonomisk av blant annet Helsedirektoratet.

Dette er en nettside som vi håper mange gynekologer vil ha glede av, både for egen læring og for å kunne gi videre informasjon til pasienter med ulike vulvalidelser.

Mer informasjon om vulvodyni finner dere på *Vulva.no* – vi håper dere benytter nettsiden flittig!



Fertilitetsbevarende behandling

Av Cecilie Fredvik Torkildsen, Overlege Kvinneklinikken SUS og Stipendiat UiB og Nadine Massiah Overlege, reproduksjonsmedisinsk avdeling, Rikshospitalet OUS

Hvilke muligheter finnes?

Hva er regelverket i Norge?

Og ikke minst: Hvilke resultater har vi?



Cecilie Fredvik Torkildsen

Overlege Kvinneklinikken SUS og Stipendiat UiB og Nadine Massiah Overlege, reproduksjonsmedisinsk avdeling, Rikshospitalet OUS

Fertilitetsbevarende behandling for kvinner med kreft er kjent og også omtalt i veilederen i gynekologi fra 2015. Nå er også flere andre pasientgrupper uten kreft aktuelle for fertilitetsbevarende behandling. Stamcellebehandling har kommet inn som et behandlingsalternativ for kvinner med multipel sklerose (MS) og for kvinner med systemisk sklerodermi. Ved revmatiske lidelser og syklofosamidbehandling (vaskulitter, SLE) er det også aktuelt. Innen gynekologifaget kan fertilitetsbevarende tiltak være aktuelt ved operasjoner på eggstokk som medfører betydelig risiko for tap av fertilitet (f. eks enkelte tilfeller av dermoidcyster, endometriose). I noen tilfeller kan det også være et alternativ for pasienter som allerede har fått behandling som skader fertiliteten. Denne artikkelen vil belyse hvilke muligheter som finnes, regelverket i Norge og ikke minst: hvilke resultater har vi?

Hva, hvor og hvordan?

Lagring av ubefruktede egg og eggstokkvev innebærer å hente ut egg eller eggstokkvev fra en kvinne og fryse det ned for senere bruk til assistert befruktning. Det er kun tillatt hvis lovens vilkår for assistert befruktning er oppfylt eller dersom en kvinne skal gjennomgå behandling som kan skade befruktningdyktigheten (Bioteknologilovens §2-17 og §7-1).

Bare virksomheter som er godkjent etter §7-1 til å utføre assistert befruktning kan etter godkjenning lagre ubefruktede egg og eggstokkvev. Det er kun Rikshospitalet i Oslo som utfører nedfrysing av ovarialvev i Norge. For å kunne få utført kryopreservasjon av embryo kreves det at man må være stabilt samboende eller gift og embryoene kan maksimalt oppbevares i 5 år. Ingen av disse forutsetningene gjelder ved preservasjon av oocytter og ovarialvev.

Jeg har vært i kontakt med Peter Fedorcsak, avdelingsleder ved

Kreftbehandling:

Ovarialsvikt er svært avhengig av kvinnens alder og risikoen øker med økende alder. Strålebehandling mot bekkenet eller abdomen gir intermedier til høy risiko (>80-30%) for prematur ovarialsvikt. Høy risiko (>80%) forekommer med stamcellebehandling. Cisplatinbehandling gir intermedier risiko (30-70%) for prematur ovarialsvikt. Autotransplantering av ovarievev egner seg ikke for pasienter med ovarialcancer eller BRCA1-2 mutasjoner pga den økte risiko for tilbakeplantering av maligne celler. Det samme gjelder ved enkelte andre maligne sykdommer.

reproduksjonsmedisinsk avdeling ved Oslo Universitetssykehus (OUS). Han forteller at den nåværende status er at nedfrysing av embryo er tilgjengelig ved alle offentlige IVF-klinikker. Nedfrysing av oocytter er tilgjengelig ved St Olavs Hospital, Haukeland Universitetssykehus (HUS), og ved OUS. Nedfrysing av eggstokkvev er kun tilgjengelig ved Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling med autologt ovarialvev, OUS.

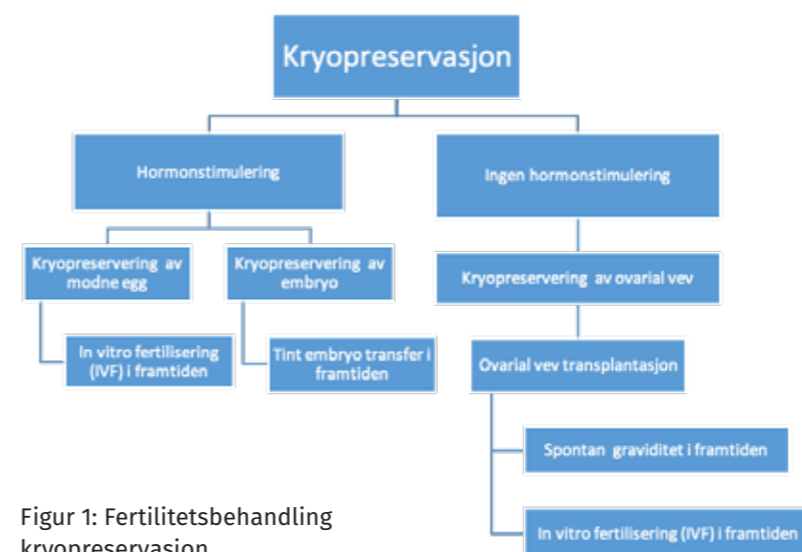
Pasienten må vurderes av onkolog / annen behandlende lege og henvises til fertilitetsklinikken som er ansvarlige for vurdering av behandlingsalternativer og organisering av praktisk gjennomføring. Ved nedfrysing av eggstokkvev henvises pasienten til avdeling for reproduksjonsmedisin (OUS). Kvinnen skal da være under 35 år, sannsynligheten for varig sterilitet skal være >50% og det vil kun utføres hos kvinner med en reell sjanse for å bli gravid senere. Kvinner som har barn vurderes individuelt. Selv om Nasjonal behandlingstjeneste for fertilitetsbevarende behandling med autologt ovarialvev er ansvarlig for behandlingen forsøker å legge til rette for at pasientene skal slippe å reise til Oslo for det kirurgiske inngrepet. Det er etablert et godt samarbeid med Haukeland, St. Olav, og UNN for uttak av eggstokkvev.

Ved graviditetsønske må pasienten gjennom en ny utredning. Tilbud om frysing eller lagring gir ingen automatisk rett til fremtidig tilbakesetting av vev eller annen form for behandling. Avgjørelse om dette tas av behandlende lege etter retningslinjer i bioteknologiloven. Oppfølging blir erfaringsvis veldig krevende for pasienten, det kan ta lang tid før hun blir gravid.

Det er ingen spesielle kostnader ved tilbakesetting av eggstokkvev. Hvis det er behov for IVF-behandling gjelder vanlige egenandeler.

Fertilitetsbevarende behandling av barn:

Fremdeles eksperimentelt. Ved noen alvorlige godartede sykdommer som aplastisk anemi, thalassemi, sigdcelleanemi, Wegeners granulomatose og Turners syndrom vil infertilitet kunne være en del av sykdommen eller behandlingen forårsakes av behandlingen. Fertilitetsbevarende tiltak kan også bli aktuelt ved slike sykdommer. Per i dag er dette kun et tilbud til pasienter som får behandling som skader fruktbarheten og ikke til de med nedsatt fruktbarhet pga. en grunnsykdom. Nedfrysing av ovarialvev er den eneste fertilitetsbevarende metode som kan tilbys prepubertale jenter.



Figur 1: Fertilitetsbehandling kryopreservasjon

Resultater av behandlingen:

Fedorcsak rapporterer at det er 11 kvinner som har fått transplantert tilbake ovarialvev ved OUS, og av disse er det født 4 barn. Resultater ved nedfrysing av ubefruktede egg har vært sparsomme, men nyere tall viser at ca 30% av dem som ønsker å bli gravide etter nedfrysing av egg lykkes. (Hum Reprod 2018) samtidig som mange ikke benytter sine nedfrosne egg eller eggstokkvev (ca. 7% bruker materialet!), noe som kan indikere at man skal være oppmerksom på overbehandling.

Lagring av ubefruktede egg:

Krever at pasienten er kommet i puberteten og det er tilstrekkelig tid til å modne oocytter (14-21 dager) før kreftbehandlingen / behandling mot grunnsykdom må starte. Kan ikke gjennomføres hvis uthenting anses som for risikofyllt for pasienten (infeksjonsfare, blødningsfare, spredningsfare). Pasienten må gjennomgå stimulering med Gonadotropiner før oocytene kan høstes ved transvaginal punksjon. Stimuleringen varer ca. 14-21 dager. Ved hormonsensitive svulster (brystkreft) gir man pasienten tamoksifen 40 mg daglig eller letrozol 2,5 mg daglig under hormonstimulering. Ovulasjonsinduksjon med hCG unngås. Hormonstimulering regnes som trygt og gir ikke økt risiko for tilbakefall og antiøstrogen-behandling er en ren empirisk behandling.

Det brukes en metode kalt vitrifisering der eggene fryses ned ultraraskt og cellene kommer i en "glassfase" der en unngår dannelsen av intracellulære iskrystaller. Ved bruk av vitrifisering er det rapportert sammenliknbare resultater med ubefruktede egg som med ferske egg. Forskning indikerer at ubefruktede oocytter er mer tilbøyelige enn embryo til å bli skadet ved preservasjon.

Den 15.12.18 vedtok Stortinget at behandling av alvorlig sykdom som øker risikoen for infertilitet bør sees på som en følgeskade. Frem til det har pasientene betalt en egenandel på 17416 kr for utgifter til medisiner. Denne egenandelen har nå falt bort.

Kryopreservasjon av ovarialvev:

Godkjent siden 2004. Øvre aldersgrense 35 år. Ovarialvev høstes laparoskopisk ved å fjerne det ene ovariet eller resektater av ett eller begge ovariene. Dette gjøres uten at behandlingen av

Andre alternativer til fertilitetsbevarende behandling:

- Trakelektomi for cervixcancer på et tidlig stadium
- GnRH analog samtidig med kjemoterapi for brystkreft
- Skjerming av ovarier gjennom strålingbehandling
- Ovarietransposisjon (oophoropexy) før strålingbehandling

Tabell 2

grunnsykdommen utsettes. Etter bearbeidelse i laboratoriet blir vevet frosset ned og lagret ved -196 grader på Rikshospitalet. Retransplantasjon skjer som oftest i gjenværende ovarium, alternativt under peritoneum. En forutsetning er en inntakt funksjonell uterus. Surrogati er ikke tillatt i Norge. Det regnes fortsatt som en eksperimentell behandling, men såkalt "live birth rate" er rapportert så høyt som 31%.

Oppfølging:

Utredning og behandling med fertilisering av oocytter, innsetting av embryo og transplantasjon av ovarialvev foregår ved OUS.

Føre var?

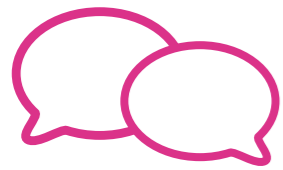
I media er det flere ganger omtalt nedfrysing av egg for å unngå den biologiske klokken hos kvinner som ikke har partner eller av andre grunner ønsker å utsette å få barn. Tilbud om nedfrysing av egg eller eggstokkvev på ikke-medisinsk grunnlag finnes i en rekke andre europeiske land, som Sverige, Finland, Storbritannia og Danmark. I Sverige har teknikken vært tilgjengelig mot full egenbetaling siden 2011. Prisen varierer i de ulike landene.

I Norge kom siste høringsuttalelse fra bioteknologirådet i 2014 angående såkalt sosial nedfrysing av oocytter. Konklusjonen var da at dette fortsatt ikke bør tillates i Norge.

Takk til Peter Fedorcsak for faglig bistand.

Referanser / videre lesing:

<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/fertilitetsbevarende-tilbud>
Hum Reprod 2018, 33:2222-2231
<https://www.nrk.no/livsstil/unge-kvinner-fryser-ned-egg-1.7831911>
http://www.bioteknologiradet.no/filarkiv/2014/10/uttalelse_eggfrysing2.pdf
<https://www.nrk.no/dokumentar/xl/forbudt-eggfrysing-1.14508790>
Tidsskr Nor Legeforen 2018; doi: 10.4045/tidsskr.17.0719
Tidsskr Nor Legeforen 2011;131: 1429-32 doi: 10.4045/tidsskr.11.0126
Tidsskr Nor Legeforen 2001; 121: 1234-9
Lov om humanmedisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven)
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2003-12-05-100?q=bioteknologiloven>.
Veileder i gynekologi 2015, Norsk Gynekologisk forening, Fertilitetsbevarende tiltak hos kvinner med kreft: [http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Fertilitetsbevarende-tiltak-hos-kvinner-med-kreft/\(3.5.2017\)](http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-gynekologisk-forening/Veiledere/Veileder-i-gynekologi-2015/Fertilitetsbevarende-tiltak-hos-kvinner-med-kreft/(3.5.2017)).
Bindevevssykdommer.no
<https://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/brystkreft/fertilitetsbevarende-tilbud>



Gjør kloke valg

Av Heidi Frostad Sivertsen, seksjonsoverlege ved Nordlandssykehuset Bodø

Legeforeningen utga i november 2016 rapporten «For mye, for lite eller akkurat passe?» Rapporten er en del av Legeforeningens arbeid mot uønsket variasjon i helsetjenestene og gjennomgår temaer som hva over- og underforbruk er, ønsket og uønsket variasjon i helsetjenestene, drivere for over- og underforbruk og tiltak som kan hjelpe oss i å forme helsetjenester som gir riktige tilbud til pasientene.

Fokus på dette er ikke nytt. «Choosing Wisely» kampanjen startet i USA i 2012. Formålet med kampanjen var å utfordre klinikere og pasienter til å ha samtaler rundt unødninge tester, utredninger og behandlinger. I USA har over 60 fagmedisinske foreninger laget lister med 5-10 vanlige tester, prosedyrer eller behandlinger hvor det ikke er vist at disse gir noen fordeler for pasientene, og at det i noen tilfeller kan være direkte skadelig. Kampanjen gikk videre til Canada i 2014 og etter hvert har mange land kommet etter. I Norge ble de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen invitert til å delta på en norsk pilot av «Choosing Wisely» kampanjen i januar 2017.

De senere år har man i Norge jobbet systematisk med pasient-sikkerhetsarbeid i regi av det norske Pasientsikkerhetsprogrammet «I Trygge Hender-24/7». Fra januar 2019 styres programmet av Avdeling for Kvalitetsforbedring og Pasientsikkerhet i HDIR. Programmet fokuserer på å bedre pasientsikkerheten i helsetjenestene ved å blant annet redusere uønsket variasjon i helsetjenestene, bedre kommunikasjon og samhandling, redusere uheldige hendelser gjennom tiltakspakker, sjekklistor osv. Med hensyn til Pasientsikkerhetsarbeid vil det å unngå unødninge tester, prosedyrer og behandlinger være den mest grunnleggende av alle forbedringstiltak.

Med «Choosing Wisely»-kampanjen ønsker man å bevisstgjøre og endre legenes- og befolkningens holdninger og handlinger ut fra evidensbasert kunnskap. I de land som har innført kampanjen har man sett at enkelte faktorer går igjen som forklaring på legenes valg; forventinger hos pasientene, redsel for feildiagnostikk eller for sen diagnose, redsel for klagesaker/søksmål og teknologisk utvikling. Utfordringene for legene er å ta dialogen med

pasientene om hvorfor diverse tester, prosedyrer eller behandlinger ikke bør gjennomføres.

Formålet med kampanjen er å:

- Endre legenes holdninger til egen praksis
- Informere og engasjere pasientene i egen helse og kunne gjøre «samvalg»
- Endre klinisk praksis
- Innarbeide dette på tvers i helsetjenestene

For å få dette til blir det anbefalt at man ved utarbeidelse av arbeidsgrupper skal følge fem grunnprinsipper: **Legeledet**- fordi kampanjen handler om kvalitet og pasientsikkerhet, ikke om innsparinger **Pasientsentrert**-kommunikasjon mellom lege og pasient er sentralt i kampanjen **Evidensbasert**- anbefalingene må være evidensbasert og evalueres årlig **Tverrfaglig**- ta med leger, jordmødre, farmasøyter osv. **Transparent**-prosessen bak og referanser tilgjengelig for alle, evt interessekonflikter må oppgis

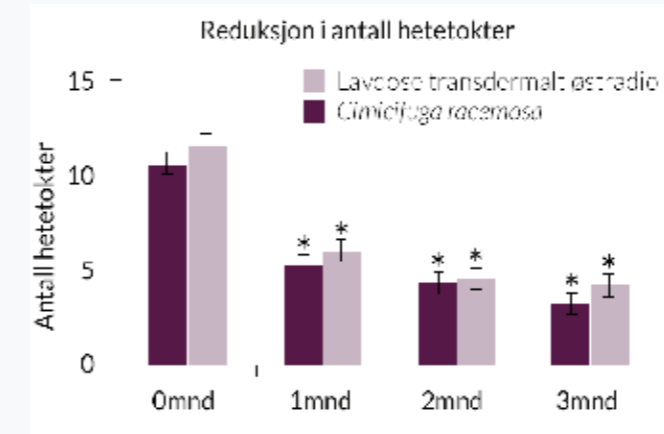
Det blir anbefalt at fagmedisinske miljøer skal lage egne anbefalinger slik at man unngår at spesialisthelsetjenesten skal lage føringer for f.eks. allmennlegene. Med dette ønsker man å skape et eierforhold til prosessene og anbefalingene som kommer fra eget fagmiljø, en «fagmedisinsk selvransakelse».

For å måle effekten av kampanjen har man skissert flere alternativer som bla brukerundersøkelser blant leger med hensyn til endringer i egen praksis, opplæring av medisinstudenter, bruker-

Remifemin®

Østrogenfritt legemiddel mot hetetokter og svetting

Opptil 80 % av kvinner i klimakteriet opplever hetetokter og svette^{1,2}. Mange av disse kvinnene kan eller ønsker ikke å motta hormonbehandling for plagene sine. Remifemin (*Cimicifuga racemosa*) er uten østrogen, og gir en effektiv og trygg behandling av plager i klimakteriet⁴.



Figur: Antall hetetokter per dag hos kvinner behandlet med *Cimicifuga racemosa*. I en prospektiv studie ble 64 kvinner (45 – 55 år) med plager i overgangsalder (inkl hetetokter) behandlet med enten *Cimicifuga racemosa* eller lavdose transdermalt østradiol (TTSE2) i 3 måneder. Egenrapportering ble brukt for å måle antall hetetokter. Figuren viser gjennomsnittlig antall hetetokter ± standard avvik, * = p<0,001 versus studiestart. Figuren er modifisert fra Nappi et al. av Sana Pharma Medical



Godt dokumentert effekt og sikkerhet

De siste 15 årene er det utført mer enn 29 kliniske studier³ der mer enn 12 000 pasienter har deltatt⁴. Remifemin gir god lindring og sikkerheten er godt dokumentert^{4,5}.

Fås på alle apotek

Remifemin

Middel mot overgangsplager.

Reseptfritt legemiddel. Tabletter, 2,5 mg: Hver tablett inneholder: Tørr ekstrakt av rotstokk av klaseormedue (*Cimicifuga racemosa*) 2,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Plantebasert legemiddel til bruk mot plager i overgangsalderen som hetetokter og svetting. Dosering: 1 tablett 2 ganger daglig (morgen og kveld). De første effektene sees tidligst etter 2 ukers behandling. Det anbefales å bruke preparatet i flere måneder, men ikke >6 måneder uten medisinsk tilsyn. **Administrering:** Tas med eller uten mat, og med rikelig væske. Bør svelges hele. Skal ikke suges. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** Forsiktighet utvises ved eksisterende/tidligere leversykdom. Ved tegn og symptomer på leverskade (trettthet, appetittap, gulning av hud og øyne, kraftige øvre magesmerter med kvalme, brekninger, mørk urin) skal preparatet seponeres. Ved vaginalblødning eller nye/uklare symptomer bør lege kontaktes. Skal ikke kombineres med østrogen uten etter samråd med lege. Pasienter som er behandlet eller undergår behandling for brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer, skal ikke bruke preparatet uten medisinsk tilsyn. Inneholder laktose og bør ikke brukes ved galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. **Interaksjoner:** Ingen rapporterte. **Graviditet, amming og fertilitet:** I fravær av tilstrekkelig data anbefales ikke bruk under graviditet og amming. **Bivirkninger:** Tilfeller av levertoksitet (inkl. hepatitt, gulsott, forstyrrelser av leverfunksjonstester) er rapportert ved bruk av preparater som inneholder *Cimicifuga*. Hudreaksjoner (urticaria, kløe, eksantem), ansiktsødem, perifert ødem, gastrointestinale symptomer (f.eks. dyspeptiske forstyrrelser, diaré) og vektøkning er rapportert i sjeldne tilfeller. **Overdosering/Forgiftning:** Ingen tilfeller rapportert. **Egenskaper:** Klassifisering: Plantebasert legemiddel. **Virkningsmekanisme:** Ukjent. Kliniske data motviser systemisk østrogenagonistisk virkningsmekanisme. Det er ikke sett effekt på hormonelle parametere (LH, FSH, østradiol og prolaktin), i tetthet av bryst, proliferering av brystepitel eller endometriell tykkelse. Pakning: 100 stk, blisterpakning. **Sist endret:** 24.03.2015

Referanser: 1. WHO Scientific Group. Research on the menopause in the 1990s. World Health Organ Tech Rep Ser. 1996;866:1-107. 2. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: A comprehensive review. Health Qual Life Outcomes. 2005;3:47. 3. Henneicke-von Zepelin, HH. Wien Med Wochenschr (2017) 167: 147. 4. Briese V, Stammwitz U, Friede M. Black cohosh with or without St. John's wort for symptom-specific climacteric treatment. Maturitas 57 (2007) 405-414. 5. Nappi R, Malavasi B, Brundu B. Efficacy of *Cimicifuga racemosa* on climacteric complaints: A randomized study versus low-dose transdermal estradiol. Gynecological Endocrinology, January 2005; 20(1): 30-35.



undersøkelser av pasienter angående informasjon og evt endring av helsetilbud. I tillegg vil man kunne se endringer i bruk av diagnostiske tester/blodprøver og diverse prosedyrer.

Norsk Gynekologisk Forening var representert på oppstartsmøtet som ble arrangert av Legeforeningen i Januar 2017. De fagmedisinske foreningene ble bedt om å lage kunnskapsbaserte anbefalinger om tester, prosedyrer eller behandlinger som brukes ofte, men som mangler kunnskapsgrunnlag, og som det bør stilles spørsmål ved. Dette på bakgrunn av at pasienten ofte ikke har nytte av tiltaket eller i verste fall kan ta skade av det. Pasientene oppfordres til å stille legen fire spørsmål: 1. Trenger jeg denne prøven/prosedyren/behandlingen? 2. Hva er bivirkningene? 3. Finnes det alternativ? 4. Hva skjer om jeg ikke gjør noe?

Det ble anbefalt at det ble laget minst fem anbefalinger som evalueres og oppdateres jevnlig. Ansvaret for dette ble lagt på de enkelte foreningene. Undertegnede og professor Mette Haase Moen ble forespurt av styret i NGF om å lage forslag til «Gjør Kloke Valg»

fra vår forening. Forslagene er sendt til styret, de har vært på høring blant NGFs medlemmer og vil snart bli publisert. Vi håper selvsagt at forslagene vil bli godt mottatt, at de vil gi grunnlag for refleksjoner rundt egen praksis og bidra til bedre dialog med pasientene. Vi har alle et ansvar for å holde oss faglig oppdatert og gi pasientene våre likeverdige helsetjenester i tråd med gjeldende anbefalinger. Sammen med helseatlasene i gynekologi og obstetikk håper vi at «Gjør Kloke Valg» kampanjen vil være et godt utgangspunkt for refleksjoner rundt helsetjenestene innen vårt fagmiljø.

Link til aktuelle nettsteder:
www.choosingwisely.org

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada sine anbefalinger:
choosingwiselycanada.org/obstetrics-and-gynaecology

beta.legeforeningen.no/kloke-valg/aktuelt/barnelegene-med-nye-anbefalinger/



Choosing Wisely

An initiative of the ABIM Foundation

Effektiv egenbehandling AV KONDYLOMER^{1,2}

5% krem
AldaraTM
Imiquimod

C Aldara «Meda»
Immunstimulerende middel

ATC-nr.: D06B B10

T KREM 5%: 1 g inneholder: Imiquimod 50 mg, isostearinsyre, benzylalkohol, cetylalkohol, stearylalkohol, hvitt myk parafin, polysorbat 60, sorbitanstearat, glyserol, metyl- og propylhydroksybenzoat (E 218 og E 216), xantangummi, renset vann. **Indikasjoner:** Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata) og mindre overflatiske basalellekreft (sBCC) hos voksne. Klinisk karakteristisk, ikke-hyperkeratisk, ikke-hypertrofisk aktinisk keratose (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi og når andre lokale behandlingsalternativer er kontraindisert eller uaktuelle. **Dosering:** Påføringshyppighet og behandlingsvarighet er forskjellig for hver indikasjon. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Voksne: Bør påføres før sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag eller tirsdag, torsdag og lørdag). Kremmen bør være på huden i 6-10 timer. Behandling bør fortsette til synlige genitale eller perianale kondylomer er forsvunnet, eller i maks. 16 uker ved hvert utbrudd. Median tid til tilheling hos menn og kvinner er hhv. 12 og 8 uker. Påsmøring av innvendige områder skal unngås. Menn som ikke er omskåret, som behandler vorter under forhuden, må trekke forhuden tilbake og vaske området daglig. **Overflatisk basalellekreft:** Voksne: Kremmen påføres før sengetid 5 ganger pr. uke (f.eks. mandag til fredag) 16 uker. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes, inkl. 1 cm av huden rundt tumoren. Kremmen bør være på huden i ca. 8 timer. Behandlingseffekten skal vurderes 12 uker etter avsluttet behandling. Ved fullstendig tilheling, bør en annen behandling benyttes. **Aktinisk keratose:** Voksne: Behandlingen skal startes og følges opp av lege. Kremmen påføres før normal sengetid 3 ganger pr. uke (f.eks. mandag, onsdag og fredag) i 4 uker. Kremmen bør være på huden i ca. 8 timer. Nok krem til å dekke hele behandlingsområdet skal benyttes. Etter 4 uker uten behandling, vurderes det behandlede området av legen for å bestemme om keratosen er fjernet, ev. gjentas behandlingen i ytterligere 4 uker. Maks. enkeltdose er 1 pose. Maks. anbefalt behandlingstid er 8 uker. Ved intense lokale inflammatoriske reaksjoner eller infeksjon i behandlingsområdet, bør det vurderes å avbryte behandlingen. I sistnevnte tilfelle skal da adekvate tiltak iverksettes. Hver behandlingsperiode skal ikke overstige 4 uker, inkl. ev. glemte doser eller hvileperioder. Ved fullstendig respons ved oppfølging 4-8 uker etter 2. behandlingsperiode, skal alternativt behandling benyttes. **Glemt dose:** Ved glemte doser kan kremmen påføres så snart pasienten husker det og så fortsette med normal plan. Kremmen skal benyttes mer enn 1 gang i døgnet. **Spesielle pasientgrupper: Barn og ungdom:** Anbefales ikke til bruk hos barn. Tilgjengelige data på bruk hos barn og ungdom ved godkjente indikasjoner finnes ikke. Bør ikke brukes hos barn med molluscum contagiosum pga. manglende effekt. **Administrering:** Kontakt med øyne, lepper og nesbor skal unngås. Pasienten bør vaske behandlingsområdet med mild såpe og vann og tørke det godt før påføring av kremmen. Kremmen skal også inn i behandlingsområdet til kremmen forsvinner. Hvor lenge kremmen skal være på avhenger av indikasjon, se ovenfor. Unngå dusj og bading mens kremmen er på. Kremmen fjernes med mild såpe og vann. Det er viktig at kremmen fjernes på denne måten etter at de respektive tidsperioder for hvor lenge kremmen skal være påført, er avsluttet. Påføring av for mye krem eller forlenget kontakt med huden, kan medføre uttalte lokale reaksjoner. En engangspose er nok til å dekke et område på 20 cm². Etter påføring bør den åpne pose ikke gjenbrukes. Hendene skal vaskes før og etter applisering. Se pakningsvedlegg for detaljert bruksanvisning. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Utvortes genitale vorter, overflatisk basalellekreft, aktinisk keratose:** Kan gi oppblussing av eller forverring av inflammasjonsstilstander i huden. Brukes med forsiktighet ved autoimmune sykdommer. Nytt/risiko bør vurderes hos slike pasienter. Brukes med forsiktighet hos organtransplanterte og nytte av behandlingen bør vurderes mot risiko for organavstøtning eller «graft-versus-host»-reaksjon. Bør ikke brukes før tilheling etter annen kirurgisk eller farmakologisk behandling. Påføring på sår kan gi økt systemisk absorpsjon og økt risiko for bivirkninger. Okklusiv behandling av kondylomer anbefales ikke. Intense inflammasjonsreaksjoner med erosjon/væskende hud kan forekomme etter kun få appliseringer. Influensalignende tegn/symptomer kan forekomme før eller etter lokale inflammasjonsreaksjoner, ev. seponering bør vurderes. Brukes med forsiktighet ved reduserte hematologiske reserver. **Utvortes genitale vorter:** Begrenset erfaring ved behandling av vorter under forhuden hos menn som ikke er omskåret. I 2 tilfeller hvor daglig forhudshygiene ikke ble fulgt, ble det observert alvorlig phimosis, og et tilfelle av forhudskonstriksjon, som medførte omskjæring. Behandling av denne gruppen anbefales kun hos menn som er i stand til å ivareta god daglig forhudshygiene. Tidlige tegn på konstriksjon kan være lokale hudreaksjoner, f.eks. erosjon, sårdannelse, hevelse, indurasjon eller økende vanskelighet med å trekke forhuden tilbake. Ved slike symptomer skal behandlingen stoppes umiddelbart. Kremmen er ikke testet for behandling av interne genitale vorter og perianale veneriske vorter og anbefales ikke til behandling av kondylomer i urethra, vagina, cervix eller rektum. Behandling skal ikke startes i områder med åpne sår. Ved en ikke-bærbare hudreaksjon, bør kremmen vaskes av med mild såpe og vann. Behandling kan gjenopptas etter at hudreaksjonene har avtatt. Risiko for utvikling av uttalte hudreaksjoner kan øke ved bruk av høyere doser enn anbefalt. I sjeldne tilfeller er det observert uttalte lokale reaksjoner som har krevd behandling eller vært forbigående funksjonshemmende, ved bruk av anbefalt dosering. Hos kvinner, hvor slike reaksjoner har oppstått ved urinårsåpningen, har reaksjonene hos enkelte medført vanskeligheter med vannlating og i enkelte tilfeller har kateterisering vært nødvendig. Ingen klinisk erfaring med bruk umiddelbart etter annen lokal farmakologisk behandling av kondylomer. Kremmen bør vaskes av før seksuell aktivitet. Kan svekke kondomer eller pessarer, samtidig bruk bør derfor unngås. Alternativt prevensjon bør vurderes. Hos immunsupprimerte pasienter anbefales ikke gjentatt behandling. Begrensede data har vist en økt vortetilheling hos hiv-positive pasienter. Til tross for dette har ikke kremmen vist seg å være så effektiv mht. å fjerne vorter hos denne pasientgruppen. **Overflatisk basalellekreft:** Hudområdet som behandles bør beskyttes mot sollys. Ikke undersøkt ved behandling av basalellekreft innenfor et område på 1 cm fra øyelokk, nese, lepper eller hårfeste. Under behandling og til fullstendig tilheling, vil behandlet hudområde trolig fremstå tydelig forskjellig fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, men avtar vanligvis i intensitet under behandling eller forsvinner når behandlingen er avsluttet. Det er sammenheng mellom fullstendig tilheling og intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem). Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller alvorlighetsgrad av lokal hudreaksjon er uttalt eller det oppdages infeksjon i behandlingsområdet, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonene har avtatt. Ingen erfaring med bruk ved tilbakevendende og tidligere behandling av basalellekreft. Behandling av tidligere behandlede tumorer anbefales ikke. Store tumorer (>7,25 cm²) responderer sannsynligvis ikke. **Aktinisk keratose:** Lesjoner som er klinisk atypiske eller som gir mistanke om kreft, bør undersøkes med vevsprøve for å bestemme egnet behandling. Imiquimod er ikke evaluert for behandling av aktinisk keratose (AK) på øyelokkene, inne i neseborene eller ørene eller leppeområdet innenfor vermiliongrensen. Begrensede data vedrørende behandling av AK i andre anatomiske områder enn ansikt og hodebunn. Tilgjengelige data vedrørende behandling av AK på underarmen og hender gir ikke grunnlag for anbefaling av slik bruk. Behandling anbefales ikke ved AK-lesjoner med markert hyperkeratose eller hypertrofi, slik ved f.eks. kutanøse horn. Under behandling og inntil tilheling vil påvirket hud trolig seille seg merkbart ut fra normal hud. Lokale hudreaksjoner er vanlig, men disse reaksjonene avtar generelt i intensitet under behandling eller forsvinner etter at behandlingen er avsluttet. Intensitet av lokale hudreaksjoner (f.eks. erytem) har sammenheng med den fullstendige fjerningshastigheten. Lokale hudreaksjoner kan være relatert til stimulering av lokal immunrespons. Hvis pasientens ubehag eller intensiteten av lokal hudreaksjon krever det, kan det tas en behandlingspause på flere dager. Behandling kan gjenopptas når hudreaksjonene er moderert. Behandlingseffekt vurderes 4-8 uker etter avsluttet behandling. Manglende klinisk erfaring med bruk ved svekket immunsystem. Manglende data vedrørende gjentatt behandling av AK som er fjernet etter 1-2 behandlingsperioder og deretter dukker opp igjen. Slik gjentatt behandling anbefales ikke. Studier tyder på at full fjerning skjer langsommere ved >8 AK-lesjoner, enn ved <8 AK-lesjoner. Inneholder cetylalkohol, stearylalkohol, metyl- og propylhydroksybenzoat, som kan gi allergiske reaksjoner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se D06B B10. Benyttes med forsiktighet ved samtidig immunosuppressiv behandling. **Graviditet, amning og fertilitet:** Graviditet: Forsiktighet skal utvises ved forskrivning til gravide. Dyreforsk antyder ikke direkte eller indirekte skadevirkninger på graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller utvikling etter fødselen. **Amning:** Det må tas en beslutning om amning skal opphøre eller behandling avsluttes fra, basert på nytte-/risikovurdering. Ingen kvantifiserbare konsentrasjoner (>5 ng/ml) er detektert i serum etter enkle eller multiple lokalt appliserte doser. **Bivirkninger:** De fleste hudreaksjonene var milde/moderate i alvorlighetsgrad, og ble borte innen 2 uker etter seponering. **Utvortes genitale og perianale veneriske vorter:** Svært vanlig (≥1/10): Hud: Pruritus og smerter på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Brennende følelse og irritasjon på påføringsstedet. Infeksiøse: Infeksjon.

Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter. Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Abdominal smerte, diaré, oppkast, rektal tenesmus. Hjerne/kar: Rødming. Hud: Kløe, dermatitt, follikulitt, erytematøst utslett, eksem, utslett, økt svetting, urticaria. Infeksiøse: Herpes simplex, genital candidiasis, vaginitt, bakteriell infeksjon, soppinfeksjon, øvre luftveisinfeksjon, vulvitt. Kjønnsganer/bryst: Genital smerte (menn), penisforstørrelse, dyspareuni, erektil dysfunksjon, uterovaginal prolaps, vaginalisme, atrofiisk vaginitt, vulvoforstørrelse. Luftveier: Faryngitt, rhinitt. Muskel-skjelettsystemet: Leddsmerter, ryggsmerte. Neurologiske: Parestesi, svimmelhet, migrene, desighet. Nyre/urinveier: Dysuri. Psykiske: Søvnløshet, depresjon. Stofskifte/ernæring: Anoreksi. Øre: Tinnitus. Øvrige: Pyreksi, influensalignende symptomer, smerte, asteni, malaise, rigor. **Overflatisk basalellekreft:** Svært vanlig (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/10): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, blødning, erytem, papula, parestesi, utslett. Infeksiøse: Infeksjon, pustula. Muskel-skjelettsystemet: Ryggsmerte. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme, munntørhet. Hud: Dermatitt, reaksjoner på påføringsstedet: utsøndring, inflammasjon, ødem, skorpedannelse, hudnedbrytning, vesikler, hevelse. Psykiske: Irritabilitet. Øvrige: Influensalignende symptomer, desighet. **Aktinisk keratose:** Svært vanlig (≥1/10): Hud: Pruritus på påføringsstedet. Vanlige (≥1/100 til <1/100): Gastrointestinale: Kvalme. Hud: Reaksjoner på påføringsstedet: smerte, brennende følelse, irritasjon, reaksjon, erytem. Muskel-skjelettsystemet: Muskelsmerter, ledssmerter. Neurologiske: Hodepine. Stofskifte/ernæring: Anoreksi. Øvrige: Tretthet. **Mindre vanlige** (≥1/1000 til <1/100): Blod/lymfe: Lymfadenopati. Gastrointestinale: Diaré. Hud: Aktinisk keratose, erytem, ødem i ansikt, hudår, reaksjoner på påføringsstedet: dermatitt, blødning, hyperestesi, ødem, papula, parestesi, skorpedannelse, arr, vesikler, varmfølelse, hevelse, sår. Infeksiøse: Infeksjon, pustula, rhinitt, influensa. Luftveier: Neseforstoppelse, faryngolaryngeale smerter. Muskel-skjelettsystemet: Smerter i ekstremitetene. Psykiske: Depresjon. Øye: Irritasjon av konjunktiva, ødem på øyelokk. Øvrige: Pyreksi, asteni, rigor, ubehag, inflammasjon. **Alle indikasjoner:** **Ukjent frekvens:** Nedsettning av hemoglobin, hvite blodceller, nøytrofile granulocytter og blodplater, forhøyet nivå av leverenzymer. Hud: Lokal hypo- og hyperpigmentering, erytema multiforme, Stevens Johnsons-syndrom, kutan lupus erythematosus. Øvrige: Hårfall, forverring av autoimmune sykdom. **Overdosering/Forgiftning:** Systematisk overdosering er usannsynlig pga. minimal percutan absorpsjon. Vedvarende dermal overdosering kan gi alvorlige lokale hudreaksjoner. Kvalme, oppkast, hodepine, muskelsmerter og feber kan forekomme etter utilsikket oralt inntak av 200 mg. Hypotensjon har forekommet etter inntak av >200 mg. Blodtrykk kan normaliseres ved oral eller i.v. væsketilførsel. Se Giftinformasjonens anbefalinger D06B B10. **Egenskaper:** **Virkningsmekanisme:** Modifiserer immunrespons. Reseptorbindingsstudier antyder at det finnes en membranreseptor på responderende immunceller. Har ingen direkte antiviral aktivitet. I dyremodeller er det vist effekt mot virusinfeksjoner. Virker som et anti-tumorstoff prinsipielt ved å induisere alfa-interferon og andre cytokiner. **Absorpsjon:** <0,9%. **Utskillelse:** Hurtig via urin ca. 66% og feces ca. 33%. **Pakninger og priser:** 5%, 12 x 0,25 g (dosepose), kr 719,70.

Sist endret: 01.07.2015.

Refusjonsberettiget bruk: Lokalbehandling av mindre overflatiske basalellekreft (sBCCs) hos voksne. Aktiniske keratoser: Flere enn 10 behandlingskretvede klinisk karakteristiske, ikke-hyperkeratose, ikke-hypertrofiske aktiniske keratoser (AK) i ansiktet og hodebunnen, hos immunkompetente voksne når størrelse og antall lesjoner begrenser effektiviteten og/eller aksepterbareheten av kryoterapi. Ved immunsivitet: Lokalbehandling av utvortes genitale og perianale veneriske vorter (condylomata acuminata). Palliativ behandling i livets sluttfase. **Refusjonskode:**

ICPC		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
B99	Immunsvikt INA	31, 136
S77	Basalcellekarsinom	167
S80	Solløst keratose/solforbrenning	54, 136

ICD		Vilkår nr
-90	Palliativ behandling i livets sluttfase	136
C44	Andre ondartede svulster i hud	167
D80	Immunsvikt med overveiende antistoffmangel	31, 136
D81	Kombinert immunsvikt	31, 136
D82	Immunsvikt forbundet med andre større defekter	31, 136
D83	Vanlig variabel immunsvikt	31, 136
D84	Annen immunsvikt	31, 136
L57.0	Aktinisk keratose	54, 136

Vikår:
31 Behandlingen skal være instituert ved infeksjonsmedisinsk, onkologisk eller revmatologisk sykehusavdeling, eller poliklinikk, eller av spesialist i vedkommende spesialitet. Legen kan rekvirere legemidlet til seg selv på blå reseptz
54 Skal være instituert av spesialist i hud og veneriske sykdommer eller sykehusavdeling med tilsvarende spesialitet.
136 Refusjon ytes selv om legemidlet skal brukes i mindre enn tre måneder.
167 Refusjon ytes kun i tilfeller der eksisjonskirurgi er vurdert som uegnet eller uønsket av særlige kosmetiske hensyn.

Referanse: 1 Edwards L, et al. Arch Dermatol 1998; 134(1): 25-30. 2 Gollnick H et al. Int J STD AIDS 2001; 12: 22-28.

Arbeid med pasienter utsatt for seksuelle overgrep og møte med Denis Mukwege

Av Cecilie Therese Hagemann Overlege Kvinneklinikken/Overgrepsmottaket, St. Olavs hospital, Trondheim og førsteamanuensis ved MH-fakultetet ved NTNU

Temaet seksuelle overgrep har nå for fullt kommet på dagsordenen siden Nobels fredspris er gitt til en gynekolog som arbeider med ofre for grov seksualisert vold. Kvinner utsatt for seksuelle overgrep har fått en internasjonal stemme med Denis Mukwege. Jeg har hatt glede av å møte denne mannen, og jeg var i høst invitert på FIGO-konferansen i Rio for å formidle til gynekologer verden rundt om hvordan vårt arbeid for overgrepsofre gjøres.

Hvordan har utviklingen vært?

De første multidisiplinære mottakssentrene kom i USA på tidlig 70-tall. Irland var først ute i Europa i 1985, mens voldtektsmottakene i Oslo og Trondheim ble etablert i hhv. 1986 og i 1989. I Norge har vi sett at et økende antall kvinner og menn har henvendt seg til overgrepsmottakene. Dette parallelt med den økningen i antall politirapporterte voldtekter. Imidlertid er det ikke flere voldtektsaker som havner i retten, slik at gapet mellom antall anmeldelser og antall tiltaler har økt. I tråd med en fersk nordisk amnesty-rapport kan voldtekt anses som en av de forbyttelsene med lavest risiko for straff (1). Derfor blir den viktigste oppgaven ivaretagelse og helsehjelp.

I de nordiske landene er mottakene åpne 24/7, og ungdom og voksne blir tatt imot uavhengig av kjønn og politianmeldelse. Det tilbys både psykososial og medisinsk helsehjelp, samt rettsmedisinsk undersøkelse. I Norge ble ansvaret for overgrepsmottak overført til spesialisthelsetjenesten fra 2016 (2), men bare 10 av de 24 mottakene er på sykehus (gynekologisk avdeling/akutt-

mottak), resten på legevakt. 3 av mottakene tar imot > 100, mens 14 av mottakene tar imot < 50 utsatte pr. år (3). På Rigshospitalet i København, på Södersjukhuset i Stockholm, samt fra 2017 på Universitetssykehuset i Helsinki ligger mottakene på gynekologisk avdeling. Det samme er tilfelle for flere mottak i Europa.

Gynekologens rolle i et overgrepsmottak

Jobben i et overgrepsmottak er teamarbeid. Her vil so¹-sykepleier ta seg av den første delen, med kriseavlastning og støtte når pasienten kommer til mottaket. De fleste pasienter takker ja til «hele pakken» av tilbudet, dvs. både medisinsk og rettsmedisinsk undersøkelse. I Veileder i gynekologi fra 2015 fins anbefalt prosedyre for mottak av pasienter utsatt for seksuelle overgrep (4).

Strengt tatt trenger man jo ikke være gynekolog for å gjøre en god jobb i et overgrepsmottak, men det er fordel å ha gjort mange gynekologiske undersøkelser, for å kunne skille normale anatomiske varianter fra patologiske. Den rettsmedisinske gynekologiske undersøkelsen med sporsikring anbefales gjort

med fotokolposkop (5). Man får best mulig skadedokumentasjon og kan gå gjennom fotoer i etterkant med erfarne kolleger for riktigere tolkning av forandringene. Det er best med en egen sideskjerm, slik at de pasientene som vil kan følge med under undersøkelsen. Da kan man utnytte det pedagogiske og tilhelende i en slik undersøkelsessituasjon, ved at pasienten trygges på at det ikke er alvorlige skader eller store forandringer i anogenitalanatomien. Samtidig får pasienten se sine rifter eller slimhinneavskrap og kan selv lære hvor de skal applisere lokalanestetisk gel.

Sporsikringsarbeidet må gå parallelt med anogenital skadedokumentasjon. Her er det viktig å ha tørrtrent for å holde styr på og ivareta bevisikringskjeden. Sammen med NTNUs Multi-mediaseksjon har vi laget en instruksjonsvideo for sporsikring (6). I noen av sakene fra vårt mottak har DNA vært avgjørende bevis i etterfølgende etterforskning og siktelse for voldtekt (7).

Før anogenital undersøkelse med skadedokumentasjon og sporsikring, gransker man kroppens overflate steg for steg, fra topp til tå, dokumenterer ved å tegne inn på skisse, samt tar fotoer. I tillegg kommer sporsikring med vattpinner fra steder på kroppen der en potensiell mistenkt kan ha berørt og avsatt DNA. Hvis politiet senere ber om legeerklæring, må uttalelsene være i tillegg sendes til den særnorske Rettsmedisinske kommisjon som kvalitetssikrer erklæringen. Ved en evt. rettsak kaller vi oss «sakkyndig vitne», en mellomting mellom vitne uten noen forutsetninger og den helt objektive sakkyndige. Da er det greit å gå grundig gjennom saken på nytt og evt. søke råd fra en erfaren kollega om hvordan man opptrer i retten.

Anogenital undersøkelse med skadedokumentasjon og sporsikring gjøres parallelt med helserelatert prøvetaking for seksuelt overførte infeksjoner (SOS) og sopp. Ved behov tas cervixcytologisk prøve. Pasienten tilbys nødprevensjon, vaksine mot hepatitt B virus (HBV) og sjeldnere en 4 ukers anti-HIV kur. I oppfølgingen tilbys telefonoppringning fra en av teamets sykepleiere og noen samtaler for psykososial støtte. Dessuten kontroll av skader, SOS/

gravitetest, samt påfyllingsdoser av HBV- vaksine. Ansvaret for pasienten overføres siden til fastlegen eller annen helsehjelp innen kommunalt team eller psykiske helsevern.

FIGO³ konferansen i Rio, 2018

Gynekologers undersøkelse og legeuttalelse blir mange steder i verden ikke verdsatt eller vurdert som gyldig i en evt. etterfølgende rettslig prosess. For å kunne inspirere gynekologer i middel/lavinnkomstland til likevel å kunne bidra både til helsehjelp og rettsmedisinsk dokumentasjon for kvinner utsatt for voldtekt, inviterte FIGO²s daværende visepresident Seija Grénman meg til å holde innlegg om temaet på FIGO konferansen i Rio i Brasil i oktober 2018 (8). Dessuten har jeg sagt ja til å bli med i FIGOs arbeidsgruppe for vold mot kvinner.

Mitt oppdrag på FIGO-sesjonen om voldtekt, var at det er mulig for gynekologer å gjøre rettsmedisinsk arbeid parallelt med helsehjelpen. Noen av FIGO-deltakerne presenterte at de tok imot ofre og tilbød helsehjelp, og mange land hadde egne mottak både for utsatte for vold i nære relasjoner og voldtekt. En representant for WHO presenterte en klinisk håndbok om mottak av ofre for vold og overgrep som også hadde med standardkjema for rettsmedisinsk dokumentasjon (9). I USA kan sykepleiere etterutdanne seg til å bli såkalte «forensic nurses». De kan da på selvstendig grunnlag foreta rettsmedisinsk undersøkelse, samt skrive erklæring og vitne i rettsak. I den skandinaviske mottaksmodellen er rettsmedisin en legejobb. Legen har imidlertid på seg to «hatter», hun tar imot pasienten som en kliniker (behandler skader og tar helserelaterte prøver), samtidig med at hun dokumenterer iherdig kroppsdeler for kroppsdeler og sikrer spor. Vi som brenner for fagfeltet mener at dette er til det beste for pasienten siden hun da slipper å utsettes for to separate undersøkelser. Man må kompromisere og blir på denne måten delvis inhabil. Men med ganske enkle midler kan man utvikle gode rettsmedisinske rutiner, men det krever imidlertid opplæring, basalt utstyr og et team som er interessert.

¹ Seksuelle overgrep

² International Federation of Gynecology and Obstetrics



SO-team ved St. Olavs hospital HF, 2016. Fra venstre: gynekolog Cecilie Hagemann, barnelege Arne Kristian Myhre, sykepleier Gunn Alsaker Gjershaug, sykepleier Inger Anita Lauritzen, barnepleier Gerd Eva Fenheim, sykepleier Tone Skaug Stiles, barnepsykolog Bente Iversen og gynekolog Berit Schei



Cecilie Hagemann presenterer under en av parallellsesjonene under FIGO i Rio i oktober. Foto: Irina Eide



En rekke rettsmedisinske hensyn og tanker man ha i mente når man jobber i et overgrepsmottak. Illustrasjon: Sylvia Stølan



Arbeidet på vårt mottak vs. arbeidet til gynekolog Denis Mukwege

Pasienter som kommer til norske overgrepsmottak kan ofte være mentalt traumatiserte. Bare i et fåtall av sakene (6 %) hos oss oppgir pasientene å ha vært utsatt for alvorlig vold som halsgrep eller bruk av våpen (10). Så og si aldri hører vi om at overgrepene blir brukt systematisk ved bortføringer, turtur eller som terrorhandling. Da blir i kontrastene store til det gynekologkollega Denis Mukwege fra Den demokratiske folkerepublikken Kongo har fortalt om. Jeg ble utrolig glad og rørt da jeg fikk høre at han og overgrepsumsatt Nadia Murad vant Nobels fredspris for 2018!

Kvinneklubben på St. Olavs hospital, inkludert Overgrepsmottaket, var heldige å få besøk av Denis Mukwege da han var i Trondheim i 2013. Jeg husker ham som en ydmyk, men myndig mann, med stor sjarm og karisma. Mukwege lyttet interessert, og fikk se hvordan *vårt* mottak var organisert, med sporsikring for DNA-analyser og diverse avansert billedteknisk utstyr. Han fortalte oss om overgrepshistoriene kvinnene som kom til hans Panzi⁴ hospital i Øst-Kongo hadde vært utsatt for. Om alvorlige anogenitale skader på voksne kvinner og barn påført dem ved å føre inn våpen, skarpe gjenstander, pistol, etsende og glohete stoffer i vagina og rektum. Dessuten forferdelige historier om hvordan tenåringsjenter og kvinner hadde blitt bortført og holdt som sex-slaver. Hans bidrag til helsehjelp etter seksuell vold har vært kirurgisk reparasjon av slike alvorlige anogenitale skader. Men også anerkjennelse av disse kvinnene som ellers hadde blitt utstøtt fra sine familier, landsbyer og samfunn. Mukwege har

blitt en talsperson for de utsatte. Han har turt å stå fram overfor verdenssamfunnet og varsle fra om at de kongolesiske myndighetene aksepterer bruk av massevoldtekter som et våpen i krig.

Det er derfor en totalt annerledes situasjon og en helt annen virkelighet som vi ved voldtekstmottakene i Norge møter. Men ikke desto mindre oppfatter vi det som viktig og givende arbeid: Å hjelpe kvinner utsatt for seksuelle overgrep å reise seg og ta tilbake verdigheten.

⁴ Her må nevnes at på dette sykehuset har også en annen av mine forbilder, nemlig gyn-onkologen Mathias Onsrud jobbet sammen med Mukwege.

Referanser

1. Time for change. Justice for rape survivors in the Nordic countries. London, UK: Amnesty International Ltd; 2019 April.
2. Johnsen GE, Hunskaar S, Signe M. Zachariassen, Alsaker K, Nesvold H. Overgrepsmottak 2017. Status etter spesialisthelsetjenestens ansvarsovertakelse. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Uni Research Helse, Bergen; 2017. Report No.: Rapport nr. 2-2017.
3. Elklit A, Hagemann C, Jørgensen LK. Sexual assault referral centers in Nordic countries. The 6th International Conference on the Survivors of Rape; 10. - 12. Dec; Helsinki, Finland: National Institute for Health and Welfare/Seri Support Cent; 2018.
4. Hagemann CT, Schei B, Nesvold H, Waitz HM. Mottak av pasienter etter seksuelle overgrep. Oslo: Den norske legeforening 13.1.2016.
5. A National Protocol for Sexual Assault Medical Forensic Examinations - Adults/Adolescents. In: Women USDoJ/OoVA, editor. Second ed: U.S. Department of Justice Office 2013. p. 145.
6. Hagemann CT, Haugdal F. Sporsikringsvideo: NTNUs multimediasenter; 2017 [Available from: <https://mediasite.ntnu.no/Mediasite/Catalog/catalogs/MD4043>].
7. Kølnes C. Fikk DNA-treff i elleve år gammel voldtektssak. Adresseavisen. 2018 4. oktober.
8. Hagemann C. Changing the law improves possibilities to help survivors of rape - Nordic Experiences. In: FIGO, editor. The XXII FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics; Rio de Janeiro 2018.
9. WHO. Health care for women subjected to intimate partner violence or sexual violence. A clinical handbook - Field testing version 2014. 100 p.
10. Vik BF, Nottestad JA, Schei B, Rasmussen K, Hagemann CT. Psychosocial Vulnerability Among Patients Contacting a Norwegian Sexual Assault Center. J Interpers Violence. 2016.

Som gynekolog kan DU gjøre en stor forskjell

Vi trenger DEG til prosjekter verden over.



Visste du at du får lønn og kan dra ut på korte oppdrag for Leger Uten Grenser når du er gynekolog?

Mer informasjon her:

[Legerutengrenser.no/job-for-oss/gynekolog](https://legerutengrenser.no/job-for-oss/gynekolog)



Nekrolog

Babill Stray-Pedersen



Professor emerita, dr. med Babill Stray-Pedersen sovnet fredelig inn 24. april, 76 år gammel, etter lengre tids sykdom. Den energiske, kunnskapsrike, flotte og varme kvinnen er borte. Det er helt overveldende og imponerende hva Babill har utrettet innen sitt fagområde fødselshjelp og kvinnesykdommer, medisinsk forskning og undervisning, både nasjonalt og internasjonalt.

Babill var overlege ved Kvinnekliviken på Rikshospitalet i 20 år frem til 2013, og fra 1993 professor ved Universitetet i Oslo. Hennes forskning resulterte i til sammen over 400 vitenskapelige publikasjoner, samt bøker, bokkapitler og populærvitenskapelige publikasjoner. Forskningen omfatter global kvinne-mor-barn helse, forebygging og behandling av infeksjoner fra mor til foster, reproduksjonssvikt, familieplanlegging, hormoner og overgangsalder, Alzheimer, migræne m.m.

Hun hadde forskningsprosjekter i mange land i Afrika, Asia, Sør-Amerika og Russland. Hun var hovedveileder for 40 dr. grads-stipendiater, ble utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs Orden, har mottatt kongens gullmedalje for forskning, og er æresprofessor ved Universitetene i Riga, Belfast og Buenos Aires. Hun har hjulpet underprivilegerte å nå sine drømmer!

Babill var kjent som en glimrende foredragsholder og har vært leder for legestudentundervisningen innen fødselshjelp og kvinnesykdommer i perioden 1996-2013.

Babill var ungdommelig og fargerik, hadde et smittende humør, gode replikker, god humor og hadde utallige morsomme og spennende fortellinger fra sine mange utenlandsreiser.

Hun var en kjær, respektert og meget dyktig kollega. Alle ble glad i Babill, så vel pasienter som kolleger. Hun var alltid villig til å gi råd og hjelp til sine kolleger, og pasientene visste at de var i de beste hender når de ble behandlet av henne.

Vi er stolte over at Babill har vært en slik enestående representant for Kvinnekliviken, Rikshospitalet og Universitetet i Oslo. Hun var en éner innen vårt fagområde fødselshjelp og kvinnesykdommer.

Våre tanker går først og fremst til de nærmeste, hennes fire flotte barn og deres familier. I takknemmelighet lyser vi fred over Babills minne. Vi savner deg!

*På vegne av Kvinnekliviken,
Rikshospitalet, Oslo Universitetssykehus*

*Thomas Åbyholm, prof. emeritus, dr. med.,
tidligere klinikkjef ved Kvinnekliviken, Rikshospitalet.*

Branka Yli, PhD kvalitetsrådgiver Fødeavdeling OUS

Angusta® (misoprostol)



Angusta®

Den eneste godkjente orale preparatet for induksjon av fødsel

- ☀ Klar til bruk 25 µg tablett¹ - riktig dose for riktig behandling
- ☀ Dosering i henhold til internasjonale anbefalinger WHO² og FIGO³
- ☀ Oral induksjon foretrekkes av fødende^{4,5,6}

Azanta

info.no@azanta.com
www.azanta.com

Prostaglandin. ATC-nr.: G02A D06 TABLETTER 25 µg: Hver tablett inneholder: Misoprostol 25 µg, hjelpestoffer. **Indikasjoner:** Induksjon av fødsel. **Dosering:** 25 µg hver 2. time eller 50 µg hver 4. time iht. sykehusets rutiner, maks. døgndose 200 µg. Ved påfølgende administrering av oksytocin, anbefales det å vente 4 timer etter siste dose av Angusta. **Spesielle pasientgrupper:** Nedsatt lever-/nyrefunksjon: Lavere dose og/eller doseringsintervall bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Administrering:** Administreres av helsepersonell med utdanning innen fødselshjelp, på sykehus der utstyr for kontinuerlig overvåking av foster og uterus er tilgjengelig. Cervix skal undersøkes nøye før bruk av legemidlet. Skal svelges hele sammen med et glass vann. Tablettene har delestrek, men skal ikke deles. Samtidig matinntak endrer ikke biotilgjengeligheten, men Cmax kan reduseres. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Aktiv fødsel. Mistanke om/ bevis på at barnets liv er i fare for induksjon (f.eks. unormal non-stresstest eller stresstest, mekoniumfarget fostervann eller en diagnose/anamnese der barnets helsestilstand ikke er tilfredsstillende). Dersom oksytocin og/eller andre legemidler til induksjon av fødsel er gitt. Ved mistanke om/bevis på arrev fra tidligere kirurgiske inngrep i uterus eller cervix, f.eks. keisersnitt. Avvik i uterus (f.eks. uterus bicornis) som forhindrer vaginal fødsel. Placenta praevia eller vaginalblødning uten kjent årsak etter uke 24 i svangerskapet. Avvikende fosterleie som forhindrer vaginal fødsel. Nyresvikt (GFR <15 ml/minutt/1,73 m²). **Forsiktighetsregler:** Skal kun brukes dersom fødselsinduksjon er klinisk indisert. Kan føre til overdreven stimulering av uterus. Ved svært kraftige/langvarige uteruskontraksjoner eller ved klinisk bekymring for mor/barn, skal det ikke gis flere tabletter. Ved vedvarende kraftige uteruskontraksjoner, bør behandling iht. lokale retningslinjer igangsettes. Ved preeklampsi bør bevis på/mistanke om at barnets liv er i fare utelukkes. Ingen/begrensete kliniske data finnes ved alvorlig preeklampsi. Ved korioamnionitt kan det være nødvendig å fremskynde fødselen. Ingen/begrensete kliniske data finnes ved hull på fosterhinnen >48 timer for administrering, svangerskap med flere fostre, flerfødler, Bishops score >6 eller bruk for uke 37 i svangerskapet. Økt risiko for disseminert intravaskulær koagulasjon postpartum er beskrevet ved induksjon av fødsel (fysiologisk/farmakologisk metode). **Interaksjoner:** Samtidig bruk av oksytocin eller andre legemidler til fødselsinduksjon er kontraindisert pga. risiko for økt uterotisk effekt. **Graviditet, amming og fertilitet:** Graviditet: Skal kun brukes før uke 37 i svangerskapet dersom det er medisinsk indisert. Amming: Amming kan starte 4 timer etter siste dose. **Bivirkninger:** Svært vanlige (>1/10): Gastrointestinale: Kvalme (med 50 µg hver 4. time), oppkast (med 50 µg hver 4. time). Svangerskap: Mekonium i fostervann, blødning postpartum (med 25 µg hver 2. time). Vanlige (>1/100 til <1/10): Gastrointestinale: Diaré, kvalme (med 25 µg hver 2. time), oppkast (med 25 µg hver 2. time). Svangerskap: Uterin hyperstimulering, blødning postpartum (med 50 µg hver 4. time). Øvrige: Frysninger. Undersøkelser: Lav Appgarscore (med 50 µg hver 4. time), unormal fetal hjerterytme (med 50 µg hver 4. time). Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100): Undersøkelser: Lav Appgarscore (med 25 µg hver 2. time), unormal fetal hjerterytme (med 25 µg hver 2. time). Ukjent frekvens: Neurologiske: Svimmelhet, neonatale kramper. Luftveier: Neonatal asfyksi, neonatal cyanose. Hud: Kløende utslett. Svangerskap: Føtal acidose, prematur placentalslansning, uterusruptur. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Langvarige/svært kraftige kontraksjoner pga. overdreven uterin stimulering. Behandling: Seponering av Angusta. Behandling iht. lokale retningslinjer. Potensielle konsekvenser av uterin hyperstimulering omfatter hjerterytmeforstyrrelser og asfyksi, keisersnitt skal vurderes i slike tilfeller. **Basert på SPC godkjent av SLV:** 29.06.2018. **Reseptgruppe:** C. **Pakninger og priser:** 8 stk. kr 1137,10 (Februar 2019).

Ref. 1: Angusta SmPC **2:** WHO recommendations for induction of labour, 2011, ISBN 978 92 4 150115 6 **3:** https://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/FIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf **4:** Dodd et al 2006. Oral misoprostol for induction of labour at term: randomised controlled trial. BMJ. doi:10.1136/bmj.38729.513819.63 **5:** S Mundie et al Lancet 2017;390:669-80 **6:** Ten Eikelder et al Am J Perinatol 2017;34:138-146

Azanta AS · Stålfjæra 1 · 0975 Oslo · info.no@azanta.com · www.azanta.com

041ANG-NO-2019

Alternativer til østrogen for klimakteriesymptomer

Av **Mette Haase Moen**, professor emerita, NTNU, mette.moen@ntnu.no

Bruken av østrogen i og etter overgangsalderen (MHT) er redusert med 60-70 % siden resultatene av Women's Health Initiative (WHI) ble publisert i 2002. WHI-publikasjonen har skremt både kvinner og leger. Kvinner har sluttet med østrogen og mange allmennleger er tilbakeholdende med å anbefale og utskrive MHT. Det er vist at det i gjennomsnitt tar ca. 7 år før symptomene forsvinner, og så mye som 15% kan ha symptomer for resten av livet. Med gjennomsnittlig menopausealder på ca. 52 år, vil det bety at et stort antall kvinner har redusert livskvalitet i 50 års alderen hvor de ofte er på topp i deres yrkeskarriere og/eller hvor de kan ha store familieforpliktelser med tenåringsbarn, barnebarn som begynner å komme og som har behov for en hjelpende bestemor og kanskje gamle foreldre som trenger omsorg. De som er svært ramt av klimakterielle plager, som ofte inkluderer dårlig søvn, mister overskuddet. MHT er kausal og effektiv behandling, men mange tør ikke, de frarådes eller de kan ikke bruke østrogen. Hvordan kan vi hjelpe dem?



Mette Haase Moen
professor emerita,
NTNU

Livsstil

Røking er ikke bra for det meste, røykende kvinner kommer tidligere i overgangsalder og har større plager, så det kan bli et ekstra insitament for røykeslutt. Det er en myte at overvektige kvinner har mindre plager, tvert om. Det er svak evidens for at fysisk aktivitet reduserer klimakterielle plager. Yoga og avspenningsterapi har vist effekt, men randomisering er vanskelig. Akupunktur og blokade av ganglium stellatum er forsøkt med en viss effekt, men også her kan placebo effekt ikke utelukkes.

Legemidler

Østrogen er kontraindisert ved tidligere brystkreft (men ikke hvor det foreligger øket risiko som ved BRCA-mutasjon), og tidligere trombose er også kontraindikasjon. **Gestagen**behandling i form av Megestrol acetat 20-40 mg daglig er effektivt, men vi har bare Megace på 160 mg tilgjengelig. Medroksyprogesteron acetat (MPA, Provera) i daglig dose på 20 mg har også vist effekt, men mange tåler gestagen dårlig. Progesteron krem er man generelt skeptisk til.

De fleste kjenner til **klonidin**, Catapresan, som også har behandling av hetetokter som indikasjon. Doseringen er 25-75 mikrogram 2 ganger daglig. Effekt er dokumentert i randomiserte studier.

SSRI/SNRI preparater har i kontrollerte studier vist effekt. Dosering er for Sertralin (Zoloft®) 25-100 mg, for Citalopram (Cipramil®) 10-30 mg og for venlafaxin (Efexor®) 37,5-75 mg. Bemerk at fluoksetin og paroksetin bør unngås hos pasienter som står på tamoxifen, da metabolismen av dette kan påvirkes.

Gabapentin (Neurontin®) i dose på 900 mg daglig er mer effektivt enn placebo.

De nevnte legemidler har alle vært studert i randomiserte kontrollerte studier, og det er foretatt metaanalyser som dokumenterer effekt. Det skal bemerkes at de fleste studier er av kort varighet, typisk fra fire til 12 uker, og det er stort frafall. Signifikant effekt kan bety 25% reduksjon av hetetokter, som klinisk kan ha liten betydning for de som er svært plaget.

Komplementær og alternativ behandling

I helsekostbutikker og over nettet tilbys en mengde såkalte 'naturprodukter' med påstått effekt og ingen bivirkninger. Det er i norsk intervju-undersøkelse vist at 40% av kvinner har forsøkt slik alternativ behandling for hetetokter, og tilsvarende observasjon er gjort i Sverige. Hva består behandlingen av? Hjelper den? Er den ufarlig? Her omtales de mest brukte alternative produkter.

Phytoøstrogener er plantederivater som inneholder substanser med østrogen effekt. Vi har typisk isoflavoner i soya, lignaner i linser og coumestaner i rød kløver. Soya-produkter (som Femarelle®) har vært mest studert, og metaanalyse av randomiserte studier viser beskjeden, men signifikant effekt. Det er observert at asiatiske kvinner har mindre klimakterielle plager, og det har vært relatert til stort inntak av soya-produkter i kosten (tofu etc.). Når effekten av soyaprodukter ikke er så markant hos vestlige brukere, har det vært forklart ved at asiatiske kvinner i større grad har et enzym

i tarmen som kan omdanne soya til equol, et non-steroid østrogenprodukt. Om soya er trygt å bruke for kvinner med brystkreft, vet vi ikke sikkert. Onkologer er som kjent meget restriktive med advarsel om østrogen inklusive phytoøstrogener. **Rød kløver** (Promensil®) har i metaanalyse ikke vist signifikant effekt.

Planten klaseormedue (*cimicifuga racemosa*, black cohosh) selges som **Remifemin®** og produktbeskrivelsen angir at det ikke er planteøstrogen og ikke har østrogen effekt. Effekten er ukjent, muligens virker det som en SERM (selektiv østrogen reseptor modulator)? Det foreligger en rekke randomiserte studier, men det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner når det gjelder effekt og bivirkninger. De beste resultater kommer fra Tyskland hvor man har erfaring med bruken av Remifemin® i mer enn 50 år. Det tok lang tid å få Remifemin® godkjent i Norge, sannsynligvis fordi det var rapportert om at det kunne være levertoksisk. Før norsk registrering, kjøpte mange norske kvinner preparatet i Sverige. I preparatomtalen for

Remifemin® står at pasienter med brystkreft eller andre hormonavhengige tumorer ikke skal bruke Cimicifuga-preparater uten medisinsk tilsyn. Hva betyr så det?

Effekt av naturproduktene er i beste fall moderat, oftest er de ineffektive. Langtids sikkerhet er lite dokumentert. Naturlegemiddelordningen ble innført i Norge i 1994. Ved søknad om markedsførings-tillatelse skal det dokumenteres at naturlegemidlets virkestoffer har vært i tradisjonell bruk i minst 15 år i EØS-området og i minst 30 år i andre deler av verden. Naturlegemidler må dokumentere at de oppfyller de samme kvalitetskrav og krav som stilles til produksjon av andre legemidler.

Lokalbehandling ved urogenital atrofi
Nesten alle kvinner kan bruke lokal østrogen (dog diskuteres bruk av vaginal østradiol til kvinner under behandling med aromatasehemmere), men likevel er mange skeptiske til alle former for østrogen. Alternativet er vaginale fuktighetskremer uten hormon eller eksplorasjonskrem

('glidemiddel'). I de senere årene har laserbehandling av vaginal atrofi blitt en populær behandling. Mekanismen er at laserbehandlingen stimulerer til remodelering av vevet med produksjon av nye kollagene og elastiske fibre som ikke bare kan bedre slimhinnene, men som muligens også kan være behandling for lett descens. Foreløpig er det kun rapportert om observasjonsstudier.

Konklusjon

Vi gynekologer har vanligvis vært godt oppdatert omkring østrogenbehandling i og etter overgangsalderen. Ved samtale om klimakteriet bør vi spørre om bruk av 'naturprodukter'. For å kunne gi kvinnen råd og svar på hennes spørsmål, bør vi ha et visst kjennskap også til alternativ behandling. Vi må vise ydmykhet og ikke bare avfeie med at 'det er uvirksomt'. For noen virker det faktisk. Jeg forklarte engang en pasient at noe kunne være placebo-effekt, hvortil hun svarte: 'For meg det samme, hovedsaken er at det virker'.



Cimicifuga racemosa



Naturprodukter

Styret i Norsk gynekologisk forening

Styret består av leder, nestleder og fire styremedlemmer. Lederen velges ved eget valg og bør ha sittet i styret tidligere. Styrets øvrige medlemmer velges samtidig. Styret skal ha følgende sammensetning: Et medlem er representant for praktiserende spesialister, et medlem er ikke-spesialist i utdanningsstilling, og minst et medlem skal ha akademisk kompetanse. Det velges tre varamedlemmer, hvorav to er personlige varamedlemmer for henholdsvis styrets ikke-spesialist og for den praktiserende spesialist.

Styrets funksjonsperiode er to år fra 1.januar etter styrevalget,

og leder sitter i to eller maksimalt 4 år ved gjenvalg. Styremedlemmene velges for en periode med mulighet for gjenvalg, men maksimalt seks år.

Styret er beslutningsdyktig når minst halvparten av styrets medlemmer er til stede. Leder har ved stemmelikhet dobbeltstemme.

Redaktør for Gynekologen og Nettredaktør har møterett på styremøter, men ikke stemmerett.



Nils-Halvdan Morken.

Leder NGF. Overlege Haukeland Universitetssjukehus og Professor Universitetet i Bergen. Interessert i obstetikk, reproduktiv epidemiologi, ølbrygging og sykling. Stolt far til drillgardist i HMKG.



Stine Andreassen.

Nestleder NGF, Phd og Seksjonsoverlege generell gynekologi, Nordlandssykehuset Bodø, Amanuensis II Norges Arktiske Universitetet.



Yngvild Skåtun Hannestad

PSL/avtalespesialist. Doktorgrad om urinlekkasje, men generalist i praksis. Medlem i Spesialitetskomiteen, vara PSL Hordaland, leder PSL forskningsutvalg. Ellers: aktiv innenfor basketball og er i styret i Filosofisk poliklinikk i Bergen.



Kirsten Hald.

Vitenskapelig sekretær. Overlege PhD, Gynekologisk Avdeling, OUS. Interessert i hele faget; men mest i minimal invasiv kirurgi, myomer og misdannelser.



Hans Kristian Opøien.

Kasserer NGF. Overlege v/ Kvinneklinikken AHUS. PhD i reproduksjonsmedisin/endometriose.



Anders Einum

Sekretær NGF, styremedlem FUGO. LiS Kvinneklinikken St Olavs hospital, for tiden i utlendighet på kirurger.

Nytt fra NGF-styret

Siden forrige innlegg har det vært holdt to styremøter. Ett i Oslo den 13. februar 2019 og ett den 25. april i Stockholm i forbindelse med NFOGs ekstraordinære generalforsamling.

Ved møtet i februar avsluttet vi saken knyttet til årsmøtet 2018 der det finale regnskapet indikerer et pent overskudd, noe som kommer godt med i NGF. I tillegg startet vi idemyldring for programmet til årsmøtet 2019. Styret har fått flere innspill fra medlemmer om aktuelle temaer som kan være aktuelle. I tillegg hadde vi oppe an sak fra endometriosemiljøet der man ønsket opprettelse av en særskilt arbeidsgruppe. Styret og endoskopi utvalget kom til at denne jobben fint kan gjøres av gruppen som er ansvarlig for endometriosekapittelet i veilederen i gynekologi. Høringsvar ifm endring av abortloven ble drøftet og oppgaver fordelt.

Under møtet i Stockholm hadde vi felles møte med spesialitetskomiteen som orienterte om pågående arbeid med den nye spesialistutdanningen. Det arbeides for øyeblikket med ny kursportefølje. Vi behandlet bla en sak fra Kvalitetsutvalget/NFGO ad nedleggelse av veileder i gynekologisk onkologi. Styret ønsker ikke dette. Vi planla i tillegg programmet til årsmøtet i Bodø.

Neste styremøte blir i Oslo på Legenes hus den 5. juni.

På vegne av styret i NGF

Nils-Halvdan Morken

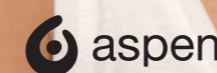
Ovesterin
østriol
vaginalkrem/vagitorier

Tørre og såre slimhinner i underlivet?



Ovesterin krem og vagitorier er et **reseptfritt legemiddel** til behandling av urogenitale plager som følge av østrogenmangel.¹

Les mer på
mittunderliv.no



Aspen Nordic, Branch of Aspen Pharma Ireland Limited, Ireland, Borupvang 3, 2750 Ballerup, Danmark

Utvalgt sikkerhetsinformasjon for reseptfri bruk:

Skal ikke brukes dersom pasienten har eller har hatt brystkreft, østrogenfølsom kreft, udiagnostisert underlivsblødning, ubehandlet endometriehyperplasi, arteriell eller venøs tromboembolisk sykdom, trombofil forstyrrelse, akutt leversykdom, porfyri, hypersensitivitet overfor østriol. Lege kontaktes ved manglende bedring etter 3-4 uker, underlivsblødning, samt regelmessig (minst en gang i året) for kontroll ved langvarig bruk.^{2,3}

^F Ovesterin «Aspen Pharma Trading Ltd»
Ovesterin (østriol). Indikasjon, reseptfri bruk: Behandling av underlivsplager som skyldes mangel på østrogen i og etter overgangsalderen. **Dosering:** Ved oppstart av og fortsatt behandling for postmenopausale symptomer skal laveste effektive dose benyttes i kortest mulig tid. **Urogenitale plager:** 1 applikatordose krem/1 vagitorie hver kveld i 3 uker, deretter vedlikeholdsdose: 1 applikatordose krem/1 vagitorie 2 kvelder pr. uke. **Administrering:** Vaginalkrem: Brukes ved sengetid. Administreres i skjeden vha. kalibrert applikator. 1 applikatordose (fylt til den røde streken) er 0,5 g vaginalkrem og inneholder østriol 0,5 mg. **Vagitorier:** Brukes ved sengetid. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kjente tidligere brystkreft eller mistanke om brystkreft. Kjente eller mistenkte østrogenavhengige ondartede svulster (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert vaginalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller pågående venøs tromboembolisk sykdom (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Aktiv eller nylig gjennomgått arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom eller leversykdom i anamnesen hvis leverfunksjonstester ikke er normalisert. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Hormonell substitusjonsbehandling (HRT) bør kun initieres for behandling av symptomer som gir nedsatt livskvalitet. Regelmessige kontroller med vurdering av nytte/risiko minst 1 gang i året anbefales under behandlingen. Fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas opp, og legeundersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas for behandlingsstart. Tilstander som krever oppfølging: Leiomyomer (uterine myomer), endometriose, risikofaktorer for tromboemboliske forstyrrelser, risikofaktorer for østrogenavhengige tumorer (f.eks. 1. grads arvelighet for brystkreft), hypertensjon, leversykdom (f.eks. leveradenom), diabetes mellitus med eller uten vaskulære symptomer, gallesten, migræne eller sterk hodepine, systemisk lupus erythematosus, endometriehyperplasi i anamnesen, epilepsi, astma, otosklerose. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart ved gulsott, nedsatt leverfunksjon, signifikant blodtryksstigning, nye anfall av migrenelignende hodepine eller graviditet. Gjenombrudds-/sporblødning kan forekomme de første behandlingsmånedene. Hvis dette oppstår etter en tids bruk eller fortsetter etter seponering, bør årsaken undersøkes. For tilstander, der sannsynlighet for og alvorlighetsgrad antas å være betydelig lavere ved lokal behandling enn systemisk, se SPC. **Interaksjoner:** Ingen sett i klinisk praksis. Samtidig bruk av kombinasjonen ombitasvir/paritaprevir/ritonavir, med eller uten dasabuvir, krever forsiktighet pga. fare for ALAT-økning. **Graviditet, amming og fertilitet:** Skal ikke brukes under graviditet og amming. Fertilitet: Ikke aktuelt da preparatet er indisert til postmenopausale kvinner. **Bivirkninger:** Ofte forbigående og kan være tegn på for høye doser. Ukjent frekvens: Gastrointestinale: Kvalme. Kjønnsganer/bryst: Ømhet/smerter i brystene, postmenopausal spotting, utflod. Stoffskifte/ernæring: Væskeretensjon. Øvrige: Influensalignende symptomer, irritasjon på applikasjonsstedet, pruritus. **Overdosering:** Usannsynlig ved lokal administrering. **Pakninger uten resept:** Vaginalkrem 15 g og vagitorier 15 stk. **Basert på SPC godkjent av SLV/EMA:** 12.12.2017. **Referanser:** 1. Ovesterin SPCs (12.12.2017), pkt. 4.1. 2. Ovesterin SPCs (12.12.2017), pkt. 4.3. 3. Ovesterin PILs (01.06.2018).
ATC-nr.: G03C A04
NO_PRINT_Gynekologen Ovesterin_05MAI2019

Velkommen til Bodø og NGFs Årsmøte 2019!



Kjære kolleger!

Lokal komité ved Kvinneklinikken i Bodø ser fram til å arrangere NGFs Årsmøte igjen, det er nå 11 år siden sist.

Bodø er som kjent Nordlands fylkeshovedstad og Bodøværing nummer 50 000 ble født, og behørig feiret her i 2015. Byen feiret 200 års jubileum i 2016 og ble kåret til Norges mest attraktive by samme år. En sprek 200 åring som har «fulgt med i tiden» og stadig er i utvikling.

Vi nordlendinger er kanskje vel opptatt av elementene, men det er jo ikke så rart såpass mye vær og vind som vi har! Årets arrangement skal foregå på Scandic Havet Hotell, som ligger rett ved Stormen Bibliotek og Kulturhus (Ikke langt unna ligger boligkomplekset «The Storm»).

For tiden venter vi på midnattssola som vi kan nyte **4. juni til 8. juli**. Dagene og nettene blir stadig lysere, om ikke spesielt mye varmere... Dessverre mindre sol i oktober, men vi håper været og Bodøvinden ikke skremmer dere fra å komme nordover! Det finnes som kjent ikke dårlig vær, så ta med gode og varme klær!

«Get Toghether» vil bli arrangert på Hundholmen Brygghus som ligger et lite steinkast fra Scandic Havet Hotell. Årsmøtemiddagen vil bli på Scandic Havet og i år er det all grunn til å få med seg denne. Det vil bli flere nye innslag under middagen, deriblant finale og kåring av vinner av «Boksen går». Så da er det bare å fortsette å øve- kanskje blir DU den heldige vinner?

Tradisjonen tro regner vi med det blir et godt faglig program og flotte frie foredrag fra engasjerte og dyktige kolleger rundt om i landet. Årsmøtet er en fantastisk møteplass og vi håper vi kan bidra til å gjøre dette til en flott opplevelse for NGFs medlemmer.

Velkommen til Bodø!

På vegne av lokal komité
Heidi Frostad Sivertsen

Abstract

Sendes til vitenskapelig sekretær
Kirsten Hald: khald@online.no
innen 15. august.

Bruk malen for abstrakt som er
tilgjengelig på NGFs nettside.

Saker til generalforsamlingen

Forslag til kandidater til NGFs hederspris og NGF/Bayers forskningspris.

Sendes til Nils-Halvdan Morken: nmo084@uib.no
innen 15. august

PROGRAM NGF ÅRSMØTE Bodø: 23-25.oktober 2019

ONSDAG 23. oktober

15.30-17.00: Lederforum

«Hva er godt nok?» En debatt om kompetanse og subspecialisering innen gynekologi og obstetrikk.
Innledere: Marit Lieng og Stine Andreasen

17.30-19.00: Formøter

- Norsk Urogynekologisk gruppe
- FUGO generalforsamling
- Praktiserende spesialisters Landsforening
- Norsk Forum for Gynekologisk Onkologi (NFGO)
- Norsk Gynekologisk Endoskopiutvalg
- Norsk auditgruppe for maternelle dødsfall

20.00-23.00: Get-together



Torsdag 24. oktober

- 09.00-09.30 **Åpning av årsmøtet**
- 09.30-10.30 **Women health in complex landscape**
Faysal El Kak, American University of Beirut, Vice President of FIGO
- 10.30-11.00 Pause/ besøk hos utstillere
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 1**
- 12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium
- 13.00-14.30 **Internasjonal kvinnehelse/Global womens health:**
- Mohammed Zimmo, MD, PhD, Shifa Hospital, Gaza: Factors influencing variation in cesarean section rates among different hospitals in the Palestinian territories (Gaza and West Bank)
 - Mathias Onsrud, professor emeritus: Kan sectio være årsak til obstetrisk fistel?
 - Jos van Roosmalen, professor of International Safe Motherhood, Free University Amsterdam: Why motherhood is still unsafe
- 14.30-15.00 Pause/Besøk utstillere
- 15.00-16.30 **Frie foredrag 2**
- 16.30-17.00 Pause/Besøk utstillere
- 17.00-18.30 **Generalforsamling**
- 19.30-01.00 **Årsmøtemiddag**

Fredag 25. oktober

- 09.00-10.30 **Provosert abort**
- Mette Løkeland M, PhD: Abortregisteret. Trender over tid i Norge og internasjonalt
 - Helena Kopp- Kalner MD, PhD: Hva skjer i Sverige? Lovgivning, praksis og dilemmaer
 - Halvor Nordhaug, Biskop i Bjørgvin: Hvordan kan vi debattere abort?
- Diskusjon og spørsmål
- 10.30-11.00 Pause/Besøk utstillere
- 11.00-12.00 **Frie foredrag 3**
- 12.00-13.00 Lunch/Lunch symposium
- 13.00-14.30 **Frie foredrag 4**
- 14.30-15.00 Pause/Besøk utstillere
- 15.00-16.30 **Ta gode valg/helseatlas**
- Hanne Sigrun Byhring, Fysiker, PhD, Universitetet i Tromsø: Geografisk variasjon i bruk av helsetjenester innen gynekologi og fødselshjelp
 - Kjetil Størdal, MD, PhD, Sykehuset i Østfold, Leder i Barnelegeforeningen: «Skråblikk på overdiagnostikk og overbehandling i gynekologi»
 - Heidi Frostad Sivertsen, Nordlandssykehuset: NGF's kloke valg
- 16.30-16.45 **Avslutning/Prisutdeling**

Ref: 1. HRT Patient Survey in Finland and Sweden, April 2017, Kapiolani on behalf of Gedeon Richter. 2. Lenzetto felleskatalogen 21.03.2018. 3. John E. Buster, MD, William D. Koltun, MD, Maria Luz G. Pascual, MD, et al. Low-dose estradiol spray to treat vasomotor symptoms. Obstet Gynecol 2008;111:1343–51. 4. Morton et al. Steady-state PK following application of transdermal estradiol spray. J Clin Pharmacol 2009;49:1037-1046

Lenzetto «Gedeon Richter»Østrogen. ATC-nr.: G03C A03. Reseptgruppe C. Reseptbelagt preparat

TRANSDERMALSPRAY, oppløsning 1,53 mg/spraydose: Hver spraydose (90 µl) inneholder: Østradiolhemihydrat 1,58 mg tilsv. østradiol 1,53 mg, oktisalat, etanol. **Indikasjoner:** Sekvensiell hormonsubstitusjonsterapi (HRT) ved symptomer på østrogenmangel hos postmenopausale kvinner (hos kvinner med minst 6 måneder siden siste menstruasjon eller kirurgisk menopause, med eller uten intakt uterus). Begrenset erfaring hos kvinner >65 år. **Dosering:** Gis 1 gang daglig, enten som monoterapi eller som kontinuerlig sekvensiell behandling (i kombinasjon med progestogen). 1 spraydose gis på underarmen 1 gang daglig på tørr og frisk hud. Dosen kan ved behov økes til 2 daglige spraydoser. Doseøkning bør baseres på grad av menopausale symptomer etter minst 4 uker kontinuerlig behandling. Maks. daglig dose er 3 spraydoser (4,59 mg/dag). Laveste effektive dose med kortest mulig varighet bør benyttes. Hvis graden av menopausale symptomer ikke reduseres etter en doseøkning, skal pasienten titreres tilbake til foregående dose. Behov for fortsatt behandling skal evalueres regelmessig etter klinisk behov (med 3-6 måneders intervaller). **Kvinner med intakt uterus:** Preparatet skal kombineres med et gestagen for å redusere risikoen for endometriekreft. Bare gestagen godkjent som tillegg ved østrogenbehandling bør gis. Østrogeten doseres kontinuerlig. Gestagenet gis sekvensielt i minst 12-14 dager i hver 28-dagers syklus. Råd om hvordan behandlingen startes skal gis til behandlingsnaive pasienter og pasienter som bytter fra andre HRT (sykliske, sekvensielle eller kontinuerlige kombinerte). I perioden hvor østrogeten kombineres med gestagen kan det forekomme en bortfallsblødning. En ny 28-dagers syklus påbegynnes uten opphold. **Kvinner uten uterus:** Med mindre det foreligger en tidligere endometriose diagnose, anbefales ikke gestagentilskudd. **Glemt dose:** Se bort fra den glemte dosen og ta neste dose til vanlig tid. Glemt dose kan øke muligheten for gjennombruddsblødning og spotting. **Spesielle pasientgrupper:** *Overvekt:* Begrensede data tyder på at absorpsjonsgrad og -hastighet kan reduseres ved overvekt. Dosejustering kan være nødvendig i løpet av behandlingen. *Administrering:* Appliseres på innsiden av underarmen. Sprayboksen skal holdes rett opp og vertikalt ved spraying. Ved førstegangsbruk skal pumpen klargjøres ved å spraye 3 ganger med hetten på. Dersom foreskrevet daglig dose er 2 eller 3 spraydoser, skal disse påføres nærliggende ikke-overlappende (side ved side) 20 cm² områder på innsiden av armen mellom albuen og vristen. Ved plassmangel kan preparatet også appliseres på den andre underarmen, eller på innsiden av låret. Hudområdene lufttørkes deretter i ca. 2 minutter. Absorpsjonen av østradiol ved applikasjon på innsiden av underarmen er tilsvarende applikasjon på huden på låret, men er lavere ved applikasjon på huden på abdomen. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkte østrogenavhengige maligne tumorer (f.eks. endometriekreft). Genital blødning av ukjent årsak. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere eller nåværende venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Kjent trombofile lidelser (f.eks. protein C-, protein S-, eller antitrombinmangel. Aktiv eller ny arteriell tromboembolisk sykdom (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Akutt leversykdom, eller tidligere leversykdom, så lenge leverfunksjonstestene ikke har gått tilbake til normalt nivå. Porfyri. **Forsiktighetsregler:** Behandling av postmenopausale symptomer bør kun initieres når symptomene har negativ effekt på livskvaliteten. Grundig nytte-/risikovurdering bør foretas minst 1 gang årlig, og behandlingen bør bare fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Data ved behandling av prematur menopause er begrenset, men risiko hos yngre kvinner er lavere enn hos eldre. *Medisinsk undersøkelse/oppfølging:* Før innledning eller genopptagelse av behandling bør en fullstendig personlig anamnese og familieanamnese tas. Klinisk undersøkelse (inkl. bekken og bryst) foretas på grunnlag av anamnese, kontraindikasjoner og forsiktighetsregler. Under behandlingen anbefales regelmessige kontroller som tilpasses hver enkelt mht. frekvens og hva som bør undersøkes. Kvinnen bør få råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Undersøkelser, inkl. egnede billediagnostiske metoder, f.eks. mammografi, bør utføres iht. gjeldende aksepterte screeningpraksis, tilpasset den enkeltes kliniske behov. *Tilstander som trenger oppfølging:* Dersom noen av følgende tilstander er til stede, nylig har forekommet og/eller er forverret under graviditet eller ved tidligere hormonbehandling, bør pasienten følges opp nøye (det bør tas i betraktning at disse tilstandene kan komme tilbake eller forverres under behandlingen): Leiomyomer (uterine fibromyomer) eller endometriose. Risikofaktorer for tromboemboliske sykdommer, for østrogenavhengige tumorer, f.eks. arvelig brystkreft i direkte nedadstigende linje. Hypertensjon. Leversykdom (f.eks. leveradenom). Diabetes mellitus med eller uten karkomplikasjoner. Gallestensykdom. Migrene eller (alvorlig) hodepine. Systemisk lupus erythematosus. Tidligere endometriehyperplasi. Epilepsi. Astma. Otosklerose. *Årsaker til umiddelbar seponering av behandlingen:*

Seponeres dersom en kontraindikasjon oppdages, samt ved gulsott eller forverring av leverfunksjon, signifikant blodtrykkstigning, nye anfall av migrene lignende hodepine eller graviditet. *Endometriehyperplasi og karsinom:* Hos kvinner med intakt uterus øker risikoen for endometriehyperplasi og karsinom 2-12 ganger (avhengig av behandlings- varighet og østrogendose) når østrogen blir gitt alene over lengre perioder. Etter avsluttet behandling kan risikoen forbli forhøyet i minst 10 år. Tillegg av et gestagen syklisk i minst 12 dager pr. 28-dagers syklus, eller kontinuerlig kombinert østrogen-gestagenbehandling hos ikke-hysterektomerte kvinner, forebygger den økte risikoen. Sikkerhet for endometriet ved tilleggsbehandling med gestagen er ikke påvist. Gjennombruddsblødning og spotting kan forekomme i løpet av de første behandlingsmånedene. Dersom gjennombruddsblødning eller spotting oppstår etter en viss behandlingstid, eller vedvarer etter at behandlingen er avsluttet, bør årsaken undersøkes, noe som kan inkludere en endometriebiopsi for å utelukke malignitet i endometriet. Østrogetenstimulering alene kan gi premaligne eller maligne endringer i gjenværende endometriosevev. Tilleggsbehandling med gestagener bør derfor vurderes ved østrogen-substitusjonsbehandling hos kvinner som har gjennomgått hysterektomi pga. endometriose, hvis det er kjent at de har residual endometriose. *Brystkreft:* HRT med kombinert østrogen-gestagen, og muligens også ved østrogen alene, øker risiko for brystkreft, avhengig av HRT-behandlingens varighet. Kombinert østrogen-gestagenbehandling: Økt risiko for brystkreft viser seg etter ca. 3 år. Behandling med østrogen alene: Ingen økt risiko for brystkreft hos hysterektomerte kvinner som brukte HRT-behandling med østrogen alene. En liten økning i risiko for brystkreft; vesentlig lavere enn ved bruk med østrogen-gestagenkombinasjoner. Den økte risikoen viser seg etter få års bruk, men går tilbake til utgangspunktet innen få (maks. 5) år etter avsluttet behandling. HRT, spesielt behandling med kombinasjoner av østrogen-gestagen, øker tettheten på mammografiske bilder, noe som kan virke negativt ved radiologisk påvisning av brystkreft. *Ovarialkreft:* Epidemiologiske funn antyder noe økt risiko for ovarialkreft ved HRT med østrogen alene eller østrogen-progestogen i kombinasjon. Økt risiko vises innen 5 år, og avtar over tid etter avsluttet bruk. Noen studier tyder på at bruk av kombinerte former for HRT kan være forbundet med lik eller noe lavere risiko. *Venos tromboembolisme:* HRT er assosiert med 1,3-3 ganger økt risiko for utvikling av venøs tromboembolisme (VTE), dvs. dyp venetrombose eller lungeemboli. Det er høyest risiko det første året. Risikofaktorer for VTE omfatter kjent trombofili, høy alder, omfattende kirurgi, langvarig immobilitet, fedme (BMI >30 kg/m²), graviditet/postpartum periode, systemisk lupus erythematosus (SLE) og kreft. Hos postoperative pasienter bør profylaktiske tiltak vurderes for å hindre VTE etter inngrepet. Dersom langvarig immobilisering vil etterfølge planlagt kirurgi, anbefales det å seponere HRT midlertidig 4-6 uker i forveien. Behandlingen bør ikke gjeninnsettes før kvinnen er fullstendig mobilisert. Hos kvinner uten VTE i anamnesen, men med førstegradsslekting med trombose i ung alder i anamnesen, kan screening tilbyes etter nøye rådgivning vedrørende begrensninger (bare en andel av trombofile defekter identifiseres ved screening). Hvis en trombofil defekt identifiseres og samsvarer med trombose hos familiedommer, eller hvis defekten er alvorlig (f.eks. antitrombin-, protein S- eller protein C-mangel eller en kombinasjon av defekter), er HRT kontraindisert. Kvinner som allerede får kronisk antikoagulasjonsbehandling trenger nøye nytte-/risikovurdering ved bruk av HRT. Hvis VTE utvikles etter at behandlingen er startet, skal legemidlet seponeres. Pasienten skal rådes til å kontakte lege umiddelbart, ved potensielt tromboembolisk symptom (f.eks. smertefull hevelse i et ben, plutselige smerter i brystet, pustebesvær). *Koronar arteriell sykdom (CAD):* Risiko for CAD er noe økt ved bruk av kombinert HRT med østrogen-gestagen. Risiko for CAD øker med høyere alder. Ingen økt risiko for CAD hos hysterektomerte kvinner som får behandling med østrogen alene. *Iskemisk slag:* Behandling med kombinert østrogen-gestagen og østrogen alene er forbundet med opp til 1,5 ganger økt risiko for iskemisk slag. Relativ risiko endres ikke med alder eller tid etter menopause. Siden risikoen for slag ved baseline er sterkt aldersavhengig, vil imidlertid den samlede risikoen for slag hos kvinner som bruker HRT øke med alder. *Visuelle forstyrrelser:* Vaskulær trombose i retina er sett hos kvinner som får østrogen. Behandlingen skal avsluttes umiddelbart, og det skal avventes undersøkelse for å se om det er et plutselig partielt eller fullstendig synstap, eller en plutselig oppstått protopse, diplopi eller migrene. Hvis undersøkelse påviser papilloedem eller vaskulære lesjoner i retina, skal østrogen seponeres permanent. *Andre tilstander:* Østrogeten kan forårsake væskeretensjon. Pasienter med nedsatt hjerte- eller nyrefunksjon bør derfor observeres nøye. Kvinner med tidligere hypertriglyseridemi bør følges nøye under behandlingen, da sjeldne tilfeller av pankreatitt som skyldes kraftig økning av triglyserider i plasma ved bruk av østrogenbehandling ved denne tilstanden er rapportert. Østrogeten øker thyreoideabindende globulin (TBG) og gir økt

totalkonsentrasjon av sirkulerende thyreoideahormon. Konsentrasjon av fritt T₄ og fritt T₃ er uforandret. Andre bindingsproteiner, som kortikosteroidbindende globulin (CBG) og kjønnsormonbindende globulin (SHBG), kan være økt i serum, noe som gir økte nivåer av hhv. sirkulerende kortikosteroider og kjønnssteroider. Konsentrasjon av fritt eller biologisk aktivt hormon forblir uforandret. Andre plasmaproteiner kan bli forhøyet (angiotensinogen/reninsubstrat, alfa-1-antitrypsin, ceruloplasmin). Det er sett økt risiko for demens hos kvinner som starter kontinuerlig behandling med kombinert HRT eller HRT med østrogen alene etter fylte 65 år. *Brennbart alkoholbasert produkt:* Unngå ild, flamme og røyking inntil sprayen har tørket. *Påføring av solkrem:* Når solkrem påføres ca. 1 time etter Lenzetto, kan østradiolabsorpsjonen reduseres med 10%. Når solkrem påføres ca. 1 time før Lenzetto, er det ikke sett effekt på absorpsjonen. *Forhøyet hudtemperatur:* Økt temperatur i omgivelsene gir ca. 10% forskjell i østradiolabsorpsjonen. Denne effekten anses ikke å være klinisk relevant for daglig bruk. Forsiktighet utvises ved ekstreme temperaturbetingelser, som f.eks. solbadning eller sauna. *Barn og ungdom:* Brystutvikling hos prepubertale jenter og tidlig utviklet pubertet og gynecomasti og brystvev hos prepubertale gutter er sett etter utilsiktet sekundæreksposering for preparatet. I de fleste tilfellene gikk tilstanden tilbake etter at eksponeringen var fjernet. Lege bør kontaktes ved mistanke om eksponering for preparatet og ev. forholdsregler tas for å forhindre dette. *Eksponeringsbeskyttelse:* Applikasjonsstedet må dekkes med tøy hvis en annen person kan komme i kontakt med hudområdet etter at sprayen har tørket. Applikasjonsstedet skal ikke vaskes på 60 minutter. Ikke la en annen person røre applikasjonsstedet i 60 minutter etter applikasjonen. Ikke la barn komme i kontakt med applikasjonsstedet. Hvis et barn kommer i kontakt med applikasjonsstedet, må barnets hud vaskes med såpe og vann så snart som mulig. Ikke tillat kjæledyr å slikke eller berøre applikasjonsstedet. Små kjæledyr kan være spesielt sensitive. Kontakt veterinær hvis kjæledyret viser tegn på forstørret bryst/brystvorte og/eller vulvahevelse, eller andre tegn på sykdom. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Ingen interaksjonsstudier er utført. Metabolisering av østrogeten kan øke ved samtidig bruk av legemidler kjent for å indusere legemiddelmetaboliserende enzymer, spesielt CYP450-enzymene, som antiepileptika og antimikrobielle midler. Ritonavir og nelfinavir kan også, selv om de er kjent som kraftige hemmere, i motsetning vise induserende egenskaper når de brukes samtidig med steroidhormoner. Naturlegemidler som inneholder johannesurt (prikkerprikum) kan indusere metabolismen til østrogeten (og gestagener). Ved transdermal tilførsel unngås effekten av førstepassasjemetabolismen i leveren. Transdermal tilførsel av østrogen påvirkes derfor mindre av enzyminduserende preparater. Økt metabolisme av østrogeten og gestagener gir redusert effekt og endringer i vaginal blødningsprofil. **Graviditet, amming og fertilitet:** *Graviditet:* Hvis graviditet oppstår skal behandlingen seponeres umiddelbart. Epidemiologiske studier mht. utilsiktet føtal eksponering for østrogeten, indikerer ingen teratogene eller fosterskadelige effekter. *Amming:* Skal ikke brukes under amming. **Bivirkninger:** *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Abdominalsmerte, kvalme. Hud: Utslett, kløe. Kjønnsganer/bryst: Uterin/vaginal blødning inkl. spotting, metroragi. Nevrologiske: Hodepine. Undersøkelser: Økt vekt, redusert vekt. *Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):* Gastrointestinale: Diaré, dyspepsi. Hjerte/kar: Palpasjoner, hypertensjon. Hud: Erythema nodosum, urticaria, hudirritasjon. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjon. Infeksiøse: Vaginal infeksjon. Kjønnsganer/bryst: Smerte i brystene, ømhet i brystene, misfarging av brystene, utflod fra brystene, cervikale polypper, endometriehyperplasi, ovariecyste. Muskel-skjelettsystemet: Myalgi. Nevrologiske: Svimmelhet, vertigo. Psykiske: Nedsatt stemningsleie, insomni. Undersøkelser: Økt GGT, økt kolesterol i blodet. Øre: Vertigo. Øye: Synsforstyrrelser. Øvrige: Ødem, smerter i armhulen. *Sjeldne (≥1/10 000 til <1/1000):* Gastrointestinale: Oppblåsthet, oppkast. Hud: Hirsutisme, akne. Kjønnsganer/bryst: Dysmenoré, premenstruelt-lignende syndrom, brystforstørrelse. Muskel-skjelettsystemet: Muskelspasmer. Nevrologiske: Migrene. Psykiske: Angst, redusert libido, økt libido. Øye: Intoleranse overfor kontaktlinser. Øvrige: Fatigue. *Ukjent frekvens:* Hud: Alopeci, kloasme, hudmisfarging. **Overdosering/Forgiftning:** *Symptomer:* Kvalme og brekninger, ømhet i brystene, svimmelhet, smerter i abdomen, tretthet/fatigue og seponeringsblødning. *Behandling:* Seponering og relevant symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefalinger for østrogeten G03C på www.felleskatalogen.no. **Oppbevaring og holdbarhet:** Skal ikke oppbevares i kjøleskap eller fryses. Må brukes innen 56 dager etter første gangs åpning. Oppbevares ved høyst 25°C. Inneholder etanol som er brennbart. Skal ikke oppbevares i nærheten av varmekilder, åpne flammer eller andre antennelseskilder. **Pakninger og priser (pr. 17.04.2018):** 56 spraydoser (sprayboks) kr 120,40. 3 × 56 spraydoser (sprayboks) kr 288,80. **Basert på SPC godkjent av SLV: 12.05.2016**



En av de største nyhetene innen østrogenbehandling de det siste tiåret.

Usynlig^{2,3}



Nøyaktig dosering^{2,3}

Kleber ikke^{2,3}

Lenzetto® – en ny transdermal østrogenbehandling i sprayform til behandling av symptomer som følger menopause. Sprayen er klebefri, usynlig og har en presis dosering som kan tilpasses etter individuelle behov. Gir en stabil plasmakonsentrasjon i 24 timer.⁴

Kjære FUGO-medlemmer!



Av Hilde Bastoe Sellevoll, leder FUGO

Nå er endelig sommeren her igjen og det er tid for sol, bading, jordbær og masse is! Det har vært en hektisk vår for mange LIS. Blant annet er det flere som har bidratt med viktige innspill og lagt ned lange dugnadstimer i arbeidet med den reviderte veilederen i fødselshjelp. Selv om man «bare» er LIS er jeg overbevist om at våre bidrag har vært særdeles verdifulle når sluttproduktet skal kunne leses og anvendes av yngre og eldre kollegaer fra nord til sør. Videre har den nye ordningen for spesialistutdanning nå trådt i kraft for fullt, men fremdeles jobbes det iherdig med kursporteføljen.

Vi i FUGO-styret har også hatt noen travle måneder siden sist, og som fersk leder har det betydd mye positiv læring og inspirerende diskusjoner med kollegaer i både inn- og utland. Noe skuffende fikk vi bare tre søkere til årets ENTOG-utveksling i Polen. Uansett er jeg helt sikker på at Henriette Skaug fra OUS Ullevål sykehus og Mark Barbero fra Haukeland har hatt en fantastisk uke med mange hyggelige, interessante og spennende møter med LIS-kollegaer fra hele Europa. Jeg velger ellers å tro at andre LIS sparer på kruttet til neste år, når Norge skal være vertsland for ENTOG-utvekslingen. Du kan lese mer om hva som skal skje i dette nummeret av Gynekologen. Allerede nå ønsker vi å få kontakt med LIS ved følgende sykehus: Haukeland, Voss, Haugesund, Førde, Ullevål/Rikshospitalet, Ahus, Drammen, Hønefoss, Bærum, Tønsberg og Stavanger.

Kursansvarlige Liva har satt sammen et utrolig fint program for årets FUGO-kurs med tittelen «Grunnleggjande hysteroskopi». Det er ikke så ofte at man som LIS får muligheten til å fordype seg i et tema på denne måten, og vi håper og tror at det vil fenge. Vi er dessuten svært takknemlige for at spesialitetskomiteen ønsker å inkludere FUGO-kurset i den nye kursporteføljen, og vi krysser fingre og tær for at Helsedirektoratet vil godkjenne dette. Årets kurs holdes som vanlig onsdagen før Årsmøtet, det vil si 23. oktober i Bodø. Du kan lese mer her i Gynekologen og påmeldingen er allerede lagt ut. Vi håper alle avdelinger vil legge til rette for at LIS får med seg både dette og Årsmøtet. Husk også at når du reiser på FUGO-kurs får du reisen dekket gjennom

Utdanningsfond III. Mathias overtar det videre ansvaret for kurset ettersom Liva nå går ut i fødselspermisjon.

Dersom du ennå ikke har fått teken på laparoskopien, så er det nå på tide å sette inn støtet frem mot den store laparoskopikonkurransen i Bodø som avslutter kampanjeperioden for «Boksen går!». Marianne og hennes team har satt sammen noen heseblesende øvelser til kvalifiseringsrunden av «Battle of the Best». Det blir særdeles spennende å se hvem som til syvende og sist klarer å holde nervene under kontroll og går av med seieren. Ryktene tilsier at det også venter en premie til den heldige vinneren,

Dessverre betyr ikke sommeren bare sus og dus i solen. Det er også en tid med særdeles høy aktivitet ved landets gyn- og fødeavdelinger der mange LIS svetter seg gjennom slitsomme vakter. Uansett håper jeg hver og en av dere også får noen deilige ferieuken. Og hvis du kjenner på litt ekstra overskudd og engasjement etter ferien, så ta kontakt for å forhøre deg litt om styrearbeidet og muligheten for verv i FUGO, enten med en av oss i styret eller direkte med valgkomiteen (ved Thea Falkenberg Mikkelsen og Tiril Tingleff). Flere av årets styremedlemmer går av ved slutten av året, og vi trenger flere nye krefter. Jeg garanterer at det blir mye å engasjere seg i, også i tiden fremover!

Med dette ønsker jeg dere alle en riktig god sommer!

“Har du pasienter som trenger fertilitetsbehandling? Når du kontakter våre leger direkte, kan behandlingen starte innen noen dager.”

Dr. Jon W. Hausken

Fertilitetssjekken | IVF & IUI med og uten donorsperm
ICSI | TESE/PESA | micro-TESE



Dr. Jon W. Hausken
jon@klinikkhausken.no



Dr. Kirsten Hope
kirsten@klinikkhausken.no



Dr. Arne Schwennicke
arne@klinikkhausken.no



Dr. Caroline Backer
caroline@klinikkhausken.no



Dr. Torolf Holst-Larsen
torolf@klinikkhausken.no



Klinikk Hausken Oslo

Lysaker Torg 5, 1366 Lysaker



Klinikk Hausken Stavanger

Eiganesveien 10-12, 4008 Stavanger



Klinikk Hausken Bergen

Espehaugen 32, 5258 Blomsterdalen



Klinikk Hausken Haugesund

Karmsundsgt. 59, 5531 Haugesund

BOKSEN GÅR! - BATTLE OF THE BEST

Av Marianne Omtvedt, Ane Bergquist, Liva Helleland og Renate Torstensen



Vi er nå halvveis i kampanjeperioden og laparoskopitreeningen er godt i gang på de fleste avdelingene. Enten du jobber med å fullføre sertifisering del 1 eller del 2, er det på tide å spisse laparoskopiferdighetene og skru på konkurranseinstinktet: Vi inviterer herved til BATTLE OF THE BEST, nasjonal laparoskopikonkurranse for LIS, på NGF Årsmøte i Bodø til høsten. Her blir det kamp om heder og ære, pokal og ikke minst en gjev premie til vinneren!

Kontaktpersonene ved de ulike avdelingene vil først arrangere en lokal laparoskopikonkurranse før sommerferien, hvor vinneren kvalifiseres til den nasjonale konkurransen. Det er obligatorisk for alle LIS å delta i kvalifiseringsrunden for lokal konkurranse. Her testes man i 3 velkjente øvelser, hvor tiden på de ulike øvelsene legges sammen til en totaltid. De 4 med beste totaltid kommer videre til semifinale og finale, hvor man testes i de samme øvelsene som i kvalifiseringsrunden.

Kvalifiseringsrunde - Alle:

- Stable 6 sukkerbiter
- Flytte 12 fyrstikker
- Slalåm med krum nål mot klokka

Semifinale - De 4 med beste totaltid fra kvalifiseringsrunden:

- Semifinale 1: Nr 1 mot Nr 4
- Semifinale 2: Nr 2 mot Nr 3

Finale - Vinner av semifinale 1 og 2

For mange er det et steg ut av komfortsonen å skulle prestere på tid foran kollegaer. Selv den mest erfarne kan kjenne på både nerver og «shaky legs» i en slik situasjon. Trikket er å øve i forkant, holde hodet kaldt og ikke gi opp underveis. Her har man ingenting å tape, bare alt å vinne.

Kontaktpersonene planlegger selv og informerer om detaljene rundt den lokale konkurransen. Forslag: Gjør det til en sosial happening rett etter arbeidstid, få med LIS og overleger og hei hverandre frem. Vinneren kvalifiseres for deltakelse i den nasjonale konkurransen og skal der representere sin avdeling. Vi oppfordrer alle avdelinger til å prioritere deltakelse for vinneren på årsmøtet. På årsmøtet arrangeres det først en kvalifiseringsrunde, deretter



semifinale og finale som blir vist på storskjerm foran et engasjert publikum. No pressure!

Da gjenstår det å se hvem som har best kontroll på nervene når det gjelder og stikker av med seieren for seg og sin avdeling. Vi gleder oss til å kåre en vinner i BATTLE OF THE BEST på NGF årsmøte i Bodø 2019!

Følg med på FUGO sine facebook-sider for jevnlig oppdateringer om "Boksen går!". Ved spørsmål er det bare å ta kontakt med en av oss i Prosjektgruppen. Skriv til oss på facebook-siden eller send mail til: fugokampanje@gmail.com

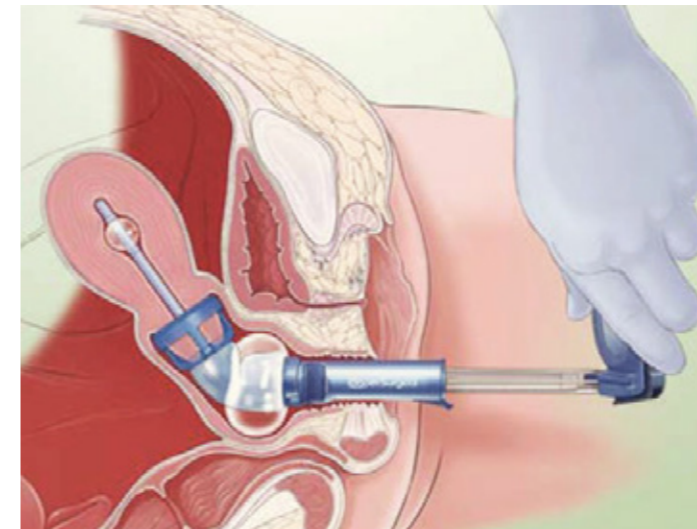


Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

Etablert 1988



Leverandør av utstyr til: Laparoskopi - Vaginal kirurgi - Obstetikk - Gynekologi



RUMI® II SYSTEM

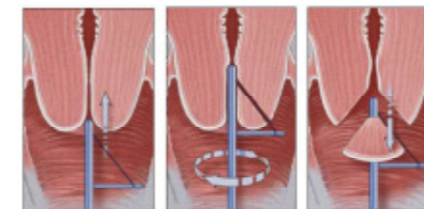
RUMI II uterus manipulator til bruk ved laparoskopisk hysterektomi og diagnostikk. Regnes som den mest komplette, robuste og anvendelig manipulatorene på markedet.

- Flergangs håndtak
- Engangs fornix kopp i 4 størrelser
- Engangs obdurator i 6 forskjellige lengder og diameter



Fischer Cone Biopsy Excisor™

- Enkel å bruke
- Gir full kontroll ved konisk biopsi
- Flere forskjellige størrelser
- Biopsi i et stykke
- Lettere for patologen å stille diagnose



Isolerte spekler og instrumenter for konisering

- Beskyttet av isolasjon med høyeste kvalitet
- Autoklaverbar
- Lang levetid
- Med og uten røykavsug
- For diatermi og laser kirurgi



BIPOLAR DISSECTING FORCEPS



- Engangs med fast ledning og 2 pin kontakt
- Stort bitt med god gripeevne
- Roterbar 360°
- Ergonomisk håndtak øker komforten under bruk



Kiwi Sugekopp



Complete Vacuum Delivery System
with **PalmPump™**



Kiwi OmniCup® with
Traction Force Indicator

For flere produkter, se vår hjemmeside; www.janbye.no
E-post; post@janbye.no
Telefon; 64959377



Jan Bye a.s
MEDISINSK TEKNIKK

ENTOG utveksling i Norge 2020



I forbindelse med EBCOG konferansen i Bergen i mai 2020, skal det arrangeres ENTOG utveksling her i Norge. ENTOG er en forkortelse for European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology, og målet er å fremme LiS sine interesser i Europa samt å sikre en høyest mulig standard på utdanningen i obstetrikk og gynekologi. Helt siden 1992 har ENTOG arrangert utvekslingsprogram. Da reiser LiS til ulike sykehus i et av medlemslandene for å hospitere i 3-4 dager. Etter hospiteringen møtes alle deltakerne til et felles arrangement, som i 2020 blir i sammenheng med EBCOG konferansen i Bergen. Hospiteringen vil foregå fra 11. mai til 13. mai, og vi håper da på god hjelp fra velvillige kollegaer fra ulike sykehus rundt om. ENTOG har for øyeblikket 32 medlemsland og det inviteres to LiS fra hvert av landene til å delta på utvekslingen. Hittil har høyeste antall deltakere vært 49 LiS. Det er vanlig at man under hospiteringsperioden innlosjeres hos hjertevarme LiS, evt. på pensjonat eller ungdomsherberge. De geografiske og økonomiske omstendighetene setter begrensninger i forhold til hvilke sykehus som kan ta imot gjester. Alle deltakerne skal nemlig reise til

Bergen i løpet av ettermiddagen 13. mai uten at kostnadene blir for høye. FUGO-styret har vært i kontakt med LOK og foreslått følgende sykehus: Bergen, Voss, Haugesund, Førde, Oslo, Ahus, Drammen, Hønefoss, Bærum, Tønsberg og evt. Stavanger.

Etter ankomst i Bergen planlegges det en sosial sammenkomst samme kveld. Påfølgende dag, 14. mai vil det bli avholdt et «Scientific meeting» på morgenen, Generalforsamling på ettermiddagen, og deretter en festmiddag på kvelden. Programmet er tett og dette krever god planlegging den nærmeste tiden. I samarbeid med LOK og ENTOG sentralt skal det velges et tema for «Scientific meeting», og det er en fordel med god lokal ekspertise. FUGO-styret har foreslått setefødsel. Dette krever videre arbeid og programmet skal presenteres ved Generalforsamlingen i Warsawa 8. juni 2019. Vi håper på positiv tilbakemelding fra de aktuelle sykehusene og at det finnes mange sjenerøse LiS med hjerte og husrom! Videre informasjon følger!

FUGO kurs 23. oktober 2018, Nordlandssykehuset Bodø – Grunnleggjande hysteroskopi

Tradisjonen tru vil FUGO arrangere eit dagskurs for LIS i forkant av Årsmøtet. Årets tema er «Grunnleggjande hysteroskopi». Kurset går av stabelen onsdag 23.oktober, på Nordlandssykehuset i Bodø. FUGO har invitert flere dyktige og entusiastiske forelesarar innanfor fagområdet, og meiner programmet vert svært spanande og anvendeleg i vår kliniske kvardag.

Målet med kurset er å gi et innblikk i kva indikasjonar som gir grunnlag for å utføre diagnostisk og terapeutisk hysteroskopi. Me har henta inn forelesarar som vil dele sine erfaringar med poliklinisk hysteroskopi, noko som er etablert på mange sjukehus, og er satsingsområde framover for dei resterande. I løpet av kurset vil du få innføring/oppdatering på korrekt bruk av hysteroskopistyr og praktisk framgangsmåte for å lukkast med hysteroskopiske prosedyrar. Hysteroskopi er assosiert med få, men potensielt livstruande komplikasjonar. Kurset vil gi deg

innblikk i desse, samt korleis ein kan forebyggje og behandle slike komplikasjonar. Kurset er ikkje eit praktisk kurs, men det vil vera fokus på demonstrasjon av bilete/video for å presentere intrauterin normalanatomi, intrauterin patologi og hysteroskopisk teknikk.

Program og praktisk info finn du i ny kurskatalog på nettstaden spesialisthelsetjenesten.no. Me håpar at aktiv deltaking og gode diskusjonar med forelesarane. FUGO kurset er godkjent som valfritt kurs, og gir rett til reiseresfusjon frå DNLF Utdanningsfond III. FUGO kurset pleier vera eit svært populært kurs, og med årets tema tek me sikte på å utvide den hysteroskopiske horisonten. Me gler oss til å sjå dykk i Bodø!

Hugs! Påmelding via kurskatalogen (spesialisthelsetjenesten.no)



▼ Lynparza «AstraZeneca»

C Antineoplastisk middel. ATC-nr.: L01X X46
H KAPSLER, harde 50 mg: Hver kapsel inneholder: Olaparib 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Skjellakk, sort jernoksid (E 172), titandioksid (E 171).
H TABLETTER, filmdrasjerte 100 mg og 150 mg: Hver tablett inneholder: Olaparib 100 mg, resp. 150 mg, mannitol. Fargestoff: Gult jernoksid (E172), svart jernoksid (E172) (kun 150 mg). **Indikasjoner: Kapsler:** Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv, BRCAmutert (kimbanen og/eller somatisk), høygradig, serøs kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Tabletter:** Ovarialkreft: Monoterapi til vedlikeholdsbehandling av voksne med tilbakefall av platinasensitiv høygradig kreft i ovarieepitel eller eggleder, eller primær peritoneal kreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi. **Brystkreft:** Monoterapi for behandling av voksne med kimpler BRCA1/2mutasjoner som har HER2negativ lokalavansert eller metastatisk brystkreft. Pasienter bør ha fått tidligere behandling med et antracyklin og et taksan i (neo)adjuvant eller metastatisk setting, med mindre pasientene ikke var egnet for disse behandlingene. Pasienter med hormonreseptor (HR)positiv brystkreft skal i tillegg ha progrediert under eller etter tidligere endokrin behandling, eller blitt vurdert til å være uegnet for endokrin behandling. **Dosering:** Behandling bør initieres og overvåkes av lege med erfaring i bruk av legemidler til kreftbehandling. **NB! Viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter:** Kapsler (50 mg) skal IKKE erstattes med tabletter (100 mg og 150 mg) på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. Tabletter skal heller IKKE erstattes med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet for hver formulering. De spesifikke doseringsanbefalingene for hver formulering skal derfor følges. **Kapsler:** NB! Kapsler er IKKE byttbar med tabletter på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. Pasienten må ha påvist skadelig eller mistenkt skadelig mutasjon (enten i kimbanen eller i svulst) i gener (BRCA) som gir økt risiko for brystkreft før behandling igangsettes. BRCA mutasjonsstatus bør undersøkes i et kvalifisert laboratorium ved å benytte en validert testmetode. Genetisk rådgivning til pasienter med BRCA-mutasjoner bør utføres iht. lokalt regelverk. Anbefalt dose er 400 mg (8 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 800 mg). Behandlingen bør startes senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Behandlingen bør fortsette til progresjon av underliggende sykdom. Data på gjentatt olaparibbehandling ved etterfølgende tilbakefall finnes ikke. **Dosejusteringer av kapsler ved bivirkninger:** Behandling kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 200 mg 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 400 mg). Er ytterligere dosereduksjon nødvendig, anbefales reduksjon til 100 mg 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose 200 mg). **Tabletter:** NB! Tabletter er IKKE byttbar med kapsler på en mg-til-mg-basis pga. forskjeller i dosering og biotilgjengelighet, se viktige doseringsforskjeller mellom kapsler og tabletter ovenfor. For kimpler BRCA1/2-mutasjon bekrefte før oppstart av olaparibbehandling. gBRCA1/2-mutasjonsstatus skal bekrefte i et kvalifisert laboratorium med en validert testmetode. Data som viser klinisk validering av tumor BRCA1/2tester ved brystkreft er ikke tilgjengelig på nåværende tidspunkt. Dersom BRCA1/2-mutasjonsstatus bekrefte hos pasienter med ovarialkreft, skal dette utføres i et kvalifisert laboratorium med en validert testmetode. Hos pasienter som er testet for BRCA1/2genmutasjoner bør genetisk rådgivning gis iht. lokale retningslinjer. Anbefalt dose er 300 mg (2 tabletter à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 600 mg). Tabletter med styrken 100 mg er tilgjengelig for dosereduksjon. Det anbefales at behandlingen fortsetter til progresjon av underliggende sykdom, eller til uakseptabel toksisitet oppstår. Pasienter med platinasensitiv tilbakevendende (PSR) høygradig ovarialkreft, egglederkreft eller primær peritonealkreft som responderer (fullstendig eller delvis) på platinabasert kjemoterapi, bør starte behandling senest 8 uker etter at siste dose med platinabasert regime er avsluttet. Det finnes ingen data på gjentatt behandling med olaparib ved etterfølgende tilbakefall. **Dosejusteringer av tabletter ved bivirkninger:** Behandling kan avbrytes for å håndtere bivirkninger som kvalme, oppkast, diaré og anemi. Dosereduksjon kan vurderes. Anbefalt dosereduksjon er til 250 mg (1 tablett à 150 mg + 1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende daglig totaldose på 500 mg). Dersom en ytterligere dosereduksjon er nødvendig, anbefales en reduksjon til 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en daglig totaldose på 400 mg). **Gjentatt dose:** Neste normale dose tas til planlagt tid. **Spesielle pasientgrupper: Nedsatt leverfunksjon:** Ingen dosejustering ved lett eller moderat nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh A eller B). Anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh C, da sikkerhet og farmakokinetikk ikke er undersøkt). **Nedsatt nyrefunksjon:** Ingen dosejustering ved lett nedsatt nyrefunksjon (CICR 51-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (CICR 3150 ml/minutt) er anbefalt dose for kapsler 300 mg 2 × daglig (tilsv. daglig totaldose 600 mg) og anbefalt dose for tablett 200 mg (2 tabletter à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsv. daglig totaldose på 400 mg). Ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller terminal nyresvikt (CICR ≤30 ml/minutt). Kan brukes hvis fordel oppveier potensielt risiko. Pasienten bør overvåkes nøye mht. nyrefunksjon og bivirkninger. **Barn og ungdom:** Sikkerhet og effekt er ikke fastslått. **Eldre:** Ingen justering av startdose. Begrenset kliniske data hos eldre ≥75 år. **Dosejusteringer ved samtidig administrering med CYP3A-hemmere:** Samtidig bruk av kraftige eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, og alternative midler bør vurderes. Kapsler: Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 150 mg (3 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig, tilsvarende en total daglig kapseldose på 300 mg. Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres kapseldosen til 200 mg (4 kapsler à 50 mg) 2 ganger daglig, tilsvarende en total daglig kapseldose på 400 mg. Tabletter: Ved samtidig bruk av sterk CYP3A-hemmer reduseres tabletdosen til 100 mg (1 tablett à 100 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en total daglig tabletdose på 200 mg). Ved samtidig bruk av moderat CYP3A-hemmer reduseres tabletdosen til 150 mg (1 tablett à 150 mg) 2 ganger daglig (tilsvarende en total daglig tabletdose på 300 mg). **Ikke-kaukasiske pasienter:** Ikke nødvendig med dosejustering på grunnlag av etnisitet. **Administrering:** Inntak av grapefruktjuice skal unngås under behandlingen. **Kapsler:** Bør tas minst 1 time etter mat, og inntak av mat bør avvstås fra 12 timer etterpå. **Tabletter:** Kan tas med eller uten mat. Skal svelges hele. Skal ikke tygges. Skal ikke knuses, oppløses eller deles. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for innholdsstoffene. Amning under behandling og i 1 måned etter siste dose. **Forsiktighetsregler: Hematologisk toksisitet:** Er rapportert, inkl. kliniske diagnoser og/eller laboratoriefunn av generell mild eller moderat (CTCAE grad 1 eller 2) anemi, nøytrofeni, trombocytopeni og lymfopeni. Behandling bør ikke startes før restitusjon fra hematologisk

toksitet forårsaket av tidligere kreftbehandling (hemoglobin-, blodplate- og nøytrofilverdier bør være CTCAE grad ≤1). Fullstendig blodtelling før behandlingsoppstart og deretter månedlig, anbefales de første 12 månedene og deretter periodevis. Behandlingen skal avbrytes og hensiktsmessig hematologisk testing igangsettes, ved alvorlig hematologisk toksisitet eller behov for blodtransfusjon. Forblir blodparametrene klinisk unormale etter 4 ukers behandlingsavbrudd, anbefales benmargsanalyse og/eller cytogenetisk blodanalyse. **MDS/AML:** Rapportert hos et lite antall ved monoterapi eller i kombinasjon med annen kreftbehandling. Behandlingsvarighet hos pasienter som utviklet MDS/AML varierte fra <6 måneder til >2 år. Dersom MDS og/eller AML blir diagnostisert, anbefales det at behandlingen seponeres og at pasienten får egnet behandling. **Pneumonitt:** Ved bekreftet pneumonitt avbrytes behandlingen, og pasienten behandles hensiktsmessig. Behandlingen bør avbrytes og utredes raskt, ved nye eller forverrede respiratoriske symptomer som dyspné, hoste og feber, eller radiologisk abnormitet. **Innholdstoffer:** Tabletter: Inneholder 0,24 og 0,35 mg natrium pr. tablett à hhv. 100 mg og 150 mg, dvs. praktisk talt natriumfritt. **Bilkjøring og bruk av maskiner:** Moderat påvirkning på evnen til å kjøre bil og bruke maskiner. Pasienter kan oppleve tretthet (fatigue), asteni eller svimmelhet. Pasienter som opplever disse symptomene bør utvise forsiktighet ved bilkjøring eller ved bruk av maskiner. **Interaksjoner:** For utfyllende informasjon om relevante interaksjoner, bruk interaksjonsanalyse. Kombinasjon med andre legemidler mot kreft, inkl. DNA-skadelige midler, viser forsterket og forlenget myelosuppressiv toksisitet. Kombinasjon med vaksiner eller immunsuppressiver er ikke undersøkt, og forsiktighet bør overvåkes nøye. **Effekt av andre legemidler på olaparib:** Olaparib metaboliiseres hovedsakelig av CYP3A4/5. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-induktorer er ikke anbefalt, da effekten kan bli betydelig redusert (se SPC). Effekten av moderate induktorer er ikke fastslått, samtidig bruk er ikke anbefalt. Samtidig bruk av sterke eller moderate CYP3A-hemmere anbefales ikke, se Dosering og SPC. Grapefruktjuice skal unngås. Samtidig bruk av rifampicin, en CYP3A-induktor reduserer olaparib gjennomsnittlig Cmax AUC. Kjente kraftige CYP3A-induktorer er derfor ikke anbefalt, siden det er mulig at effekten av olaparib kan bli betydelig redusert. Effekten av moderate til kraftige CYP3A-induktorer på olaparibeksponering er ikke fastslått. Samtidig bruk med disse er derfor heller ikke anbefalt. Tamoksifen reduserer olaparibeksponeringen med 27% (klinisk relevans ukjent). **Effekt av olaparib på andre legemidler:** Forsiktighet utvises ved samtidig bruk av CYP3A-substrater som er sensitive eller som har small terapeutisk vindu. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales. Olaparib kan redusere eksponeringen for substrater av enzymene CYP1A2, CYP2B6, CYP3A4, CYP2C3, CYP2C19 og P-gp. Effekten av noen hormonelle prevensjonsmidler kan reduseres. Olaparib hemmer effluksportøren Pgp in vitro. Legemiddelinteraksjoner med P-gp-substrater kan derfor ikke utelukkes. Hensiktsmessig klinisk overvåking anbefales ved kombinasjon. Det kan ikke utelukkes at olaparib kan øke eksponeringen av substrater for BCRP, OATP1B1, OCT1, OCT2, OAT3, MATE1 og MATE2K. Forsiktighet bør særlig utvises ved kombinasjon med statiner. **Graviditet, amning og fertilitet: Graviditet:** Ingen data fra bruk hos gravide, men pga. virkningsmekanismen (PARP-hemming) kan olaparib gi fosterskader og skal derfor ikke brukes under graviditet. Fertile kvinner skal unngå graviditet. Graviditetstesting bør utføres før behandlingsoppstart og deretter regelmessig under behandling hos alle fertile kvinner. Effektiv prevensjon skal brukes under behandlingen og i 1 måned etter siste dose, unntatt dersom avholdenheden fra samleie velges som prevensjonsmetode. Siden det ikke kan utelukkes at olaparib kan redusere effekten av hormonelle prevensjonsmidler, bør en ekstra ikke-hormonell prevensjonsmetode vurderes. 2 svært effektive og komplementære former for prevensjon anbefales. Hos kvinner med hormonavhengig kreft bør det vurderes 2 ikke-hormonelle prevensjonsmidler. **Amning:** Ukjent om olaparib eller metabollitter utskilles i morsmelk hos mennesker. Ingen dyrestudier er utført. Kontraindisert under amning og i 1 måned etter siste dose. **Fertilitet:** I dyrestudier er det ikke observert effekt på befruktning, men negative effekter på embryototal overlevelse. **Bivirkninger:** Olaparib-monoterapi er forbundet med bivirkninger, vanligvis av mild eller moderat alvorlighetsgrad (CTCAE 1 eller 2). **Frekvens for alle CTCAE-grader: Svært vanlige (≥1/10):** Blod/lymfe: Anemi, nøytrofeni, leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, diaré, kvalme, dyspepsi. Luftveier: Hoste. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine, dysgeusi. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymfe: Trombocytopeni, lymfopeni. Gastrointestinale: Stomatitt, smerter i øvre del av abdomen. Immunsystemet: Utsettelse. **Undersøkelser:** Økt kreatinin i blod. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Lymfopeni. Immunsystemet: Overfølsomhet, dermatitt. **Undersøkelser:** Økt gjennomsnittlig cellevolum. **Frekvens for CTCAE grad ≥3: Svært vanlige (≥1/10):** Blod/lymfe: Anemi. **Vanlige (≥1/100 til <1/10):** Blod/lymfe: Nøytrofeni, trombocytopeni, leukopeni. Gastrointestinale: Oppkast, diaré, kvalme. Øvrige: Tretthet/fatigue, inkl. asteni. **Mindre vanlige (≥1/1000 til <1/100):** Blod/lymfe: Lymfopeni. Gastrointestinale: Stomatitt, smerter i øvre del av abdomen. Luftveier: Hoste. Neurologiske: Svimmelhet, hodepine. Stoffskifte/ernæring: Nedsatt appetitt. **Undersøkelser:** Økt kreatinin i blod. **Overdosering/Forgiftning: Behandling:** Generelle støttende tiltak og symptomatisk behandling. Se Giftinformasjonens anbefaling L01X X46 på www.lemmekatalogen.no. **Egenskaper: Virkningsmekanisme:** Potent hemmer av humane poly (ADP-ribose) polymerase (PARP-1, PARP-2 og PARP-3)-enzymet. Hemmer veksten av selekterte tumorcellerlinjer in vitro og tumorvekst in vivo, enten som eneste behandling eller i kombinasjon med etablerte kjemoterapier. **Absorpsjon:** Kapsler: Cmax nås etter 1-3 timer. Ingen markant akkumulering ved gjentatt dosering. Steadystate nås innen ~3-4 dager. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (Tmax forsinkes med 2 minutter) og absorpsjonsgraden øker marginalt (AUC øker ca. 20%). Tabletter: Cmax nås etter 1,5 time. Samtidig matinntak reduserer absorpsjonshastigheten (Tmax forsinkes med 2,5 timer og Cmax redusert med ca. 21%). **Proteinbinding:** Kapsler: Ca. 82% ved klinisk relevante konsentrasjoner på 10 µg/ml. Tabletter: Ca 82%. **Fordeling:** Kapsler: Tilsynelatende Vd: ~167 liter. Tabletter: Tilsynelatende Vd: Ca. 158 liter. **Halveringstid:** Kapsler: Terminal t1/2: 11,9 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~8,6 liter/time. Tabletter: Terminal t1/2: 15 timer. Tilsynelatende plasmaclearance ~7 liter/time. **Metabolisme:** CYP3A4 er vist, in vitro, å være primært ansvarlig for metabolismen. Omfattende. Hovedsakelig oksidasjonsreaksjoner. **Utskillelse:** Ca. 44% via urin, ca. 42% via feces. Hovedsakelig som metabollitter. **Oppbevaring og holdbarhet: Tabletter:** Oppbevares i originalemballasjen for å beskytte mot fuktighet. **Pakninger og priser: Kapsler:** 4 × 112 stk.1 (plastflasker) kr 55509,10. **Tabletter:** 100 mg: 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **150 mg:** 56 stk.1 (blister) kr 27754,60. **Refusjon: 1 H-resept: L01X X46. 12 Olaparib Refusjonsberettiget bruk:** Rekvirering skal gjøres i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreft og føringer fra RHF/LIS spesialistgruppe. **Vilkår:** (216) Refusjon ytes kun etter resept fra sykehuslege eller avtalespesialist.

Sist endret: 11.04.2019. Basert på SPC godkjent av SLV/EMA; 08.04.2019

AstraZeneca

AstraZeneca AS, AstraZeneca Nordic-Baltic, Postboks 6050 Etterstad, 0610 Oslo Norway
T: + 47 21 0064 00 astrazeneca.no

Lynparza™
olaparib

Hilde Sellevoll

Den nye FUGO-lederen

Av Mathias Sonstad

Vi har tatt en prat med nyvalgt leder for FUGO, Hilde Sellevoll. Den nye FUGO-lederen, som har tatt over etter Thea Falkenberg Mikkelsen, har variert studie- og jobberfaring fra både inn- og utland. Som nyvalgt leder vil hun stå på for at foreningen skal være til stede for Leger i spesialisering, samt at hun vil fremme ENTOG-utvekslingen slik at enda flere kan få glede av ordningen.

Fortell belt først, hvorfor valgte du å studere medisin, og hvor studerte du?

– Jeg hadde lenge tenkt at jeg ville studere medisin, helt fra ungdomsskolen i hvert fall. Videregående skole gikk jeg i Frankrike, og der var det lite studieveiledning, så jeg visste lite om hva som fantes av muligheter. Jeg startet direkte på medisinstudiet etter videregående skole. Jeg ønsket selv å studere i utlandet, selv om jeg hadde gode nok karakterer til å studere medisin i Norge. Den gangen kjøpte Norge et bestemt antall studieplasser i utlandet, så skolepengene ble dekket. Først hadde jeg lyst til å reise til Australia, men pappa mente det var altfor langt unna. Derfor landet jeg på Skottland. Jeg hadde aldri vært i Skottland tidligere, og kun to-tre ganger i England på ferie. Jeg husker godt den dagen jeg ankom studiebyen, Dundee, og tenkte at her skulle jeg bo i minst fem år. Jeg visste nok ikke helt hva jeg gikk til. Det var ikke en veldig fin by - en grå industriby - og den var kjent for høy andel tenåringssvangerskap. Overgangen fra Frankrike til Skottland var stor, og spesielt maten i Skottland var skrekkelig, sammenlignet med Frankrike. På videregående skole i Frankrike hadde jeg heller ikke hatt engelskundervisning, ettersom franskmennene var dårlige i engelsk. Men det gikk heldigvis fint. Jeg hadde også turnustjeneste i Skottland, og det ga meg et innblikk i en litt tøffere arbeidshverdag.

Hvordan havnet du i gynekologien/fødselshjelpen?

– Allerede under studiene likte jeg obstetikk og gynekologi. Jeg husker fremdeles den aller første fødselen jeg var med på. Det var ved et lite sykehus, ved en jordmorledet fødeavdeling, uten leger på vakt. Kvinnen skulle føde i badekar, men trykktiden trakk ut i tid. Jordmor truet til slutt kvinnen med at dersom hun ikke klarte å trykke skikkelig, måtte hun sendes i ambulans til universitetssykehuset. Det gikk heldigvis veldig fint, og kvinnen trykket ut en sprek liten krabat. Det var nokså emosjonelt, og jeg måtte ta meg en pause for å tørke tårene. Jeg var veldig aktiv under praksisperioden, og observerte både tvillingfødsel, flere tangforløsninger, en grad 4 perinealrif, og så husker jeg spesielt godt at det var en eldre kvinne som fikk et barn med uforutsett Down syndrom. I Skottland brukte de Kiellands tang, og de var ivrige på rotasjoner. Faktisk hadde jeg aldri sett en vakumkopp før jeg startet å jobbe ved Haukeland.

Hvilke arbeidssteder har du vært innom siden studiene, og hvor jobber du nå?

– Etter endt turnustjeneste i Skottland flyttet jeg til Bergen. Først

jobbet jeg ett år ved medisinsk biokjemi ved Haukeland. Det var en veldig behagelig jobb, åtte til fire hver dag og ingen vakter. Der var jeg blant annet med på et forskningsprosjekt som gikk på troponin hos dialysepasienter. I tillegg ble jeg involvert i Nasjonalt Kompetansesenter for Porfyrisykdommer. Det var absolutt interessant, men jeg savnet klinikken og følte meg nok ikke helt som en ordentlig lege. Jeg fikk så jobb ved medisinsk avdeling i Ålesund der jeg jobbet ett og et halvt år, før jeg flyttet tilbake til Bergen og jobbet ytterligere ett år med indremedisin. Tanken var da at jeg skulle bli hematolog. Jeg klarte likevel ikke helt å legge fra meg drømmen om å bli fødselslege, og i september 2014 begynte jeg å jobbe ved Kvinneklubben i Bergen. Jeg var veldig glad i jobben min der, og det var fantastisk å ha alle de ulike fagområdene samlet under samme tak. I tillegg er jo det obstetriske miljøet ved Haukeland ganske unikt. Men i 2017 fikk jeg nok av regnværet, og etter 17 år på reisefot, flyttet jeg hjemover igjen til kalde vintre med trikkeskinner i marka og varme sommerdager ved Oslofjorden. Nå jobber jeg på OUS Ullevål, der jeg trives veldig godt med utrolig mange positive og hyggelige kollegaer, og selvsagt også et svært godt fagmiljø.

Hva er det beste med jobben din?

– Det er nok obstetrikkdelen av faget som tiltaler meg mest, og jeg liker at det er mye praktisk. Og så er det viktig at det er litt tempo. Da jeg jobbet innenfor indremedisinen, kjedet jeg meg nok litt. Det var jo akutte ting der også, men det var ikke like spennende.

Dessuten synes jeg det er fantastisk når jeg har hatt et godt pasientmøte. Vi jobber jo med kvinner som ofte er på sitt mest sårbare når de møter oss. I starten, da jeg begynte å jobbe i faget, tenkte jeg faktisk ofte at jeg var privilegert som fikk møte alle disse kvinnene som ville dele så mye av sitt med meg. Det er jo ofte vanskelige ting og det er mye usikkerhet og redsel. Med et høyt tempo er det jo ikke så mye tid til de lange samtalen, men jeg tror likevel at god kommunikasjon betyr nesten mest av alt. Spesielt når det oppstår akutte ting er det jo ikke alltid man har tid til å forklare, situasjonen krever egentlig bare handling. Men selv da kan noen få ord bidra til at kvinnen føler seg trygg og ivarettatt, og gjøre stor forskjell. I ettersamtaler kan man jo få et inntrykk av hvordan pasienten opplevde den akutte situasjonen, og jeg har lært mye her.

Og når du ikke er på jobb, hva liker du å holde på med da?

– Jeg er veldig glad i å være ute i naturen. På Vestlandet gikk jeg



«Pust dypt! Engasjer deg!
Og søk på
ENTO-utveksling!»

mye i fjellet. Det savner jeg her i Oslo. Ettersom jeg ikke er så glad i treningsstudio osv, har jeg nok heller blitt litt lat etter at jeg flyttet østover. Jeg er glad i både langrenn og randonee, men det har det også blitt mindre av det siste året, dessverre. Ellers gjør jeg yoga hver dag, det tror jeg er bra for kropp og sjel! Nylig har jeg flyttet inn i ny leilighet på Grünerløkka og det tar jo litt tid å komme i orden. Jeg skyr oppussing, så det er ingen store prosjekter på gang, men litt må jo alltid gjøres.

Er det endringer i faget vårt du synes er spesielt positivt eller negativt?

– Jeg mener det er positivt å ha bred erfaring når man skal bli en god kliniker. Etter mitt syn er det uheldig at myndighetene har forkortet tiden det tar å bli ferdig spesialist, for eksempel ved å korte ned kirurgåret og ta bort gruppe 1-tjenesten. Jeg er også spent på hvordan det vil fungere med prosedyrelisten ved de ulike sykehusene, når den nye spesialistutdanningen nå trer i kraft for fullt. Det er mye større krav til dokumentasjon med de nye læringsmålene. Min frykt er at det blir lite tid til refleksjon, men heller en slags «box-filling-exercise», som vi betegnet det under studietiden. På papiret vil vi nok få flere ferdige spesialister, men jeg er tvilende til at den kliniske kompetansen blant spesialistene blir like god. Jeg tenker at det kan bli en utfordring for Helse-Norge, og kanskje mest for distriktene, der det er størst behov for spesialister med bred og god klinisk kompetanse. Men dette gjelder jo ikke bare vår spesialitet. Kanskje tenker jeg litt for negativt, og jeg håper at mine bekymringer blir gjort til skamme.

Hvorfor ønsket du å bli leder i FUGO?

– Det var jo ikke planlagt at jeg skulle bli leder, men så ble jeg plutselig spurt om jeg ville. Da tenkte jeg at dette er jo en mulighet jeg ikke kan si ifra meg! Jeg har en god del styreverfaring fra før, blant annet gjennom flere år fra Miljøpartiet De Grønne i Bergen. Jeg pleier å ha god kontroll på ting. Likevel kan det bli litt mye innimellom. Jeg vil jo gjøre en så god jobb som mulig for andre LIS. Thea var leder i fire år, og hun hadde «alt på stell» da jeg kom inn i styret i 2017. Det er store sko å fylle. Jeg ønsker at FUGO skal være til stede for LIS! Det er jo tross alt derfor vi eksisterer.

Du var leder for FUGO-kurset under forrige årsmøtet om kroniske sykdommer hos mor i svangerskapet. Hvordan går arbeidet med årets kurs?

– Det går veldig bra! Liva Helleland og Mathias Sonstad er ansvarlig for årets kurs med tema «Grunnleggjande hysteroskopi», og det er nå godkjent av spesialitetskomiteen. Jeg gleder meg!

Hvilke viktige saker jobber FUGO med for tiden?

– For tiden går det en del tid med til planleggingen av ENTOG-utvekslingen i 2020. Det blir et stort arrangement med kollegaer fra hele Europa! Da er vi avhengige av at mange LIS har mulighet til å ta imot en gjest eller to, et par dager. Vi prøver også å henge med i svingene på hva som skjer med arbeidet med den nye spesialistutdanningen. Vi håper å få FUGO-kurset med i kursporteføljen for den nye spesialistutdanningen. I april var jeg dessuten på møte i Stockholm for å møte LIS-representanter fra de andre nordiske landene i NFYOG. Vi har mye å lære av hverandre og det er viktig å bevare et godt samarbeid, selv om det kan være krevende med en del reising osv. Dessuten forberedes avslutningen på «Boksen går»-kampanjen ved Årsmøtet i Bodø og «Battle of the Best». Det tror jeg blir kjempegøy!

Hvordan er engasjementet blant FUGOs medlemmer?

– Det er utrolig mange dyktige LIS der ute! Når jeg treffer nye kollegaer blir jeg ofte imponert over alt folk kan. De er også villige til å ofre mye tid på jobben sin, og de er engasjerte. Ellers synes jeg det er synd at vi hadde få søkere til årets ENTOG-utveksling. Personlig har dette vært noe av det artigste jeg har vært med på som LIS, og jeg tenker at mange ikke vet hva de går glipp av. Det å løfte blikket og møte kollegaer fra så mange ulike land, var utrolig inspirerende. Jeg håper virkelig at flere vil søke i årene som kommer. Dessuten hadde det vært gøy dersom det var flere LIS som skrev innlegg i Gynekologen.

Til slutt: Har du noen råd til våre unge kolleger, som nettopp har startet spesialiseringen?

– Pust dypt! Engasjer deg! Og søk på ENTOG-utveksling!

▼ Gardasil 9

MSD Vaccins

Vaksine mot humant papillomavirus.

Står ikke på WADAs dopingliste

ATC-nr.: J07B M03

C INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: Hver dose inneholder: Humant papillomavirus (HPV) type 6 L1-protein ca. 30 µg, type 11 L1-protein ca. 40 µg, type 16 L1-protein ca. 60 µg, type 18 L1-protein ca. 40 µg, type 31 L1-protein ca. 20 µg, type 33 L1-protein ca. 20 µg, type 45 L1-protein ca. 20 µg, type 52 L1-protein ca. 20 µg, type 58 L1-protein ca. 20 µg, natriumklorid, L-histidin, polysorbat 80, natriumborat, aluminium (som amorft aluminiumhydroksyfosfatsulfatadjuvans) 0,5 mg, vann til injeksjonsvæsker.

Indikasjoner: Aktiv immunisering av personer ≥9 år mot følgende HPV-sykdommer: Premaligne lesjoner og kreft i livmorhals, vulva, vagina og anus forårsaket av de HPV-typene som vaksinen dekker. Kjønnsvorter (condyloma acuminata) forårsaket av spesifikke HPV-typene. Se Forsiktighetsregler og Egenskaper for viktig informasjon. Skal brukes iht. offisielle anbefalinger.

Dosering: Det anbefales at personer som mottar 1. dose med preparatet, fullfører vaksinasjonsplanen. Behovet for boosterdose er ikke klarlagt. **Personer 9-14 år:** Gis iht. en 2-dose plan eller som en 3-dose plan. Vaksinasjonsplan med 2 doser (måned 0 og 6-12 måneder): 0,5 ml gis ved måned 0 og måned 5-13. Dersom 2. dose gis tidligere enn 5 måneder etter 1. dose skal det alltid gis en 3. dose. Alternativt følg vaksinasjonsplan med 3 doser hvor 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. **Personer ≥15 år:** Vaksinasjonsplan med 3 doser: 0,5 ml gis ved måned 0, 2 og 6. 2. dose må gis minst 1 måned etter 1. dose, og 3. dose må gis minst 3 måneder etter 2. dose. Alle 3 dosene bør gis innen 1 år. Personer som tidligere er vaksinert med kvadrivalent HPV-vaksine kan få 3 doser med Gardasil 9. Sikkerhet og effekt for kvinner ≥27 år er ikke studert. Effekt av Gardasil er vist hos kvinner 27-45 år. Basert på sammenlignbar immunogenitet forventes det at Gardasil 9 også har effekt i denne aldersgruppen. **Spesielle pasientgrupper:** Barn <9 år: Sikkerhet og effekt er ukjent, ingen tilgjengelige data. **Tilberedning/Håndtering:** Ferdigfylt sprøyte klar til bruk. Hele den anbefalte vaksinedosen må benyttes. Ristes godt før bruk. Etter risting er innholdet en litt uklar, hvit suspensjon. Innholdet i sprøyten inspiseres visuelt for partikler og misfarging før bruk. Kast vaksinen dersom partikler eller misfarging oppdages. Bruk én av de vedlagte kanylene til vaksinasjonen. Passende kanyle velges ut i fra pasientens størrelse og vekt for å sikre i.m. injeksjon. Fest kanylen til sprøyten ved å vri den med klokken. Skal ikke blandes med andre legemidler. **Destruksjon:** Ubrukt legemiddel og avfallsmateriale skal destrueres iht. lokale krav. **Administrering:** Gis i.m., fortrinnsvis i overarmens deltamuskel eller i det øvre anterolaterale området på låret. Skal ikke injiseres intravaskulært, s.c. eller intradermalt.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for innholdsstoffene. Overfølsomhet etter tidligere administrering av kvadrivalent HPV-vaksine. **Forsiktighetsregler:** Beslutningen om å vaksinere en person bør tas etter vurdering av risikoen for tidligere HPV-eksponering og potensiell nytte av vaksinasjonen. Hensiktsmessig medisinsk behandling må alltid være tilgjengelig i tilfelle anafylaktiske reaksjoner. Synkope, iblant forbundet med å falle, kan inntreffe etter, eller til og med før, enhver vaksinasjon, spesielt hos ungdom. Dette kan ledsages av en rekke neurologiske symptomer, f.eks. forbigående synsforstyrrelser, parestesi og tonisk-kloniske bevegelser i armer og ben under restitusjon. Vaksinerte personer skal derfor observeres nøye i ca. 15 minutter etter administrering. Det må foreligge prosedyrer for å forhindre skade fra besvimelser. Vaksinasjon bør utsettes ved akutt, alvorlig febersykdom. Vaksinasjon er ikke kontraindisert ved mindre infeksjon, f.eks. en lett øvre luftveisinfeksjon eller lav feber. Det er usikkert om alle som får vaksinen beskyttes. Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Anbefalte forsiktighetsregler for beskyttelse mot seksuelt overførbare sykdommer bør fortsatt følges. Kun beregnet for profylaktisk bruk. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Har ikke terapeutisk effekt og er derfor ikke indisert for behandling av livmorhals-, vulva-, vaginal- og analkreft, høygradige livmorhals-,

vulva-, vaginale- og analdysplastiske lesjoner eller kjønnsvorter, eller for å hindre utvikling av andre etablerte HPV-relaterte lesjoner. Beskytter ikke mot lesjoner forårsaket av virus typer i vaksinen som personen allerede er infisert med på vaksinasjonstidspunktet. Vaksinasjon er ikke erstatning for regelmessig screening av livmorhals. Regelmessig screening iht. lokale anbefalinger er fortsatt viktig. Vaksinenes sikkerhet og immunogenitet er vurdert hos personer 7-12 år som er smittet med humant immunsvikt virus (hiv). Personer med svekket immunrespons, uavhengig av årsak, kan ha redusert respons på vaksinen. Bør gis med forsiktighet ved trombocytopeni eller annen koagulasjonssykdom, fordi det etter i.m. injeksjon kan oppstå blødning hos disse pasientene. Ingen sikkerhets-, immunogenitets- eller effektivitetsdata støtter bytte til andre HPV-vaksiner, derfor er det viktig at samme vaksine forskrives for hele doseregimet.

Interaksjoner: For utfyllende informasjon fra Legemiddelverket om relevante interaksjoner, se J07B M03. Bruk av hormonelle prevensjonsmidler synes ikke å påvirke immunresponsen på preparatet. Kan gis samtidig med kombinert boostervaksine av difteri og tetanus med enten pertussis og/eller poliomyelitt, uten signifikant interferens med antistoffrespons mot noen av komponentene. Samtidig bruk med andre vaksiner er ikke undersøkt.

Graviditet, amming og fertilitet: *Graviditet:* Tilgjengelige data indikerer ingen sikkerhetsrisiko. Anbefales imidlertid ikke pga. utilstrekkelige data. Bør utsettes til etter fullført graviditet. *Amming:* Kan gis til ammende. *Fertilitet:* Ingen humane data. Ingen effekter på fertilitet eller reproduksjonstoksitet i dyrestudier.

Bivirkninger: *Svært vanlige (≥1/10):* Neurologiske: Hodepine. Øvrige: Smerte, hevelse og erytem på injeksjonsstedet. *Vanlige (≥1/100 til <1/10):* Gastrointestinale: Kvalme. Neurologiske: Svimmelhet. Øvrige: Pruritus og blåmerker på injeksjonsstedet, feber, tretthet. *Ukjent frekvens:* Blod/lymfe: Idiopatisk trombocytopenisk purpura, lymfadenopati. Gastrointestinale: Oppkast. Immunsystemet: Overfølsomhetsreaksjoner inkl. anafylaktiske/anafylaktoide reaksjoner, bronkospasme og urticaria. Infeksiøse: Cellulitt ved injeksjonsstedet. Muskel-skjelettsystemet: Artralgi, myalgi. Neurologiske: Akutt disseminert encefalomyelitt, Guillain-Barrés syndrom, synkope, iblant etterfulgt av bevegelser av tonisk-klonisk type. Øvrige: Asteni, frysninger, uvelhet.

Overdosering/Forgiftning: Ingen tilfeller rapportert.

Egenskaper: *Klassifisering:* Ikke-infeksiøs, rekombinant 9-valent vaksine med adjuvans, laget av høyrensedede viruslignende partikler (VLP) fra hoved L1-kapsidprotein hos HPV-type 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 og 58. Produsert i gjærceller vha. rekombinant DNA-teknologi. VLP inneholder ikke virus-DNA og kan ikke infisere celler, reproducere eller forårsake sykdom. *Virkningsmekanisme:* For utfyllende informasjon om effekt, se SPC. Vaksinen beskytter trolig ved utvikling av en humoral immunrespons. Preparatet beskytter mot infeksjoner forårsaket av de 9 HPV-typene i vaksinen. Basert på epidemiologiske studier, forventes beskyttelse mot HPV-typene som forårsaker ca. 90% av tilfellene av livmorhalskreft, >95% av tilfellene av AIS, 75-85% av CIN 2/3, 85-90% av HPV-relatert vulvakreft, 90-95% av VIN 2/3, 80-85% av HPV-relatert vaginalkreft, 75-85% av ValN 2/3, 90-95% av HPV-relatert analkreft, 85-90% av AIN 2/3 og 90% av tilfellene av kjønnsvorter. Påvirker ikke utvikling av infeksjoner eller lidelser som er til stede ved vaksinasjonstidspunktet. *Terapeutisk serumkonsentrasjon:* Minimum beskyttende antistoffnivå er ikke fastslått. 99,6-100% var seropositive for antistoffer mot alle 9 vaksinetypene i 7. måned i alle testgrupper. GMT var høyere hos jenter og gutter 9-15 år enn hos kvinner 16-26 år, og høyere hos gutter enn hos jenter og kvinner. Eksakt varighet av immunitet etter primær vaksinasjon er ikke fastslått. Hos gutter og jenter 9-15 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 90-99% seropositive. Hos kvinner 16-26 år er varigheten av antistoffrespons vist i minst 5 år, og avhengig av HPV-type er 78-100% seropositive.

Oppbevaring og holdbarhet: Oppbevares i kjøleskap (2-8°C). Skal ikke fryses. Beskyttes mot lys. Gis så snart som mulig etter uttak fra kjøleskap.

Pakninger og priser: INJEKSJONSVÆSKE, suspensjon i ferdigfylt sprøyte: 0,5 ml (ferdigfylt sprøyte m/2 kanyler) kr. 1381,60.

Sist endret: 11.09.2018

Referanser:

1. Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/gutter-far-tilbud-om-gratis-hpv-vaksine/id2552726/> (sist lest 10.09.18).
2. Gardasil 9 SPC april 2019, avsnitt 5.1.
3. Juvet L K, Sæterdal I, Couto E, et al. Effect of HPV-vaccination of boys. Report from Kunnskapssenteret (Norwegian Knowledge Centre for the Health Services) No 1-2015.

HPV-vaksine, også for gutter. Har du vaksinert deg/sønnen din?

Fra høsten 2018 fikk også alle gutter i sjuende klasse tilbud om HPV-vaksine i skolevaksinasjonsprogrammet¹. Men hva med resten? Også gutter i andre aldersgrupper kan ha nytte av HPV-vaksine^{2,3}.

Gardasil 9 kan forskrives på hvit resept til gutter/menn som ønsker å vaksinere seg.



Lær mer om Gardasil 9
på vår hjemmeside

UTVALGT SIKKERHETSINFORMASJON FOR GARDASIL 9

KONTRAINDIKASJONER:

Overfølsomhet overfor virkestoffene eller overfor noen av hjelpestoffene. Personer med overfølsomhet etter tidligere administrering av Gardasil 9 eller Gardasil/Silgard skal ikke få Gardasil 9.

FORSIKTIGHET:

Vaksinen beskytter bare mot sykdommer som forårsakes av HPV-typene vaksinen er rettet mot. Har ingen effekt på aktiv HPV-infeksjon eller etablert klinisk sykdom. Gardasil 9 skal brukes i henhold til offisielle anbefalinger.

Før forskrivning av Gardasil 9, se preparatomtalen

Nytt fra spesialitetskomiteen

Av Marte Myhre Reigstad, leder spesialitetskomiteen

I 2014 startet spesialitetskomiteen arbeidet det såkalte *Introkurset*. Hensikten var å skape et oppstarts kurs for LiS i fødselshjelp og kvinnesykdommer; tanken var: «Hva trenger jeg å vite før jeg kan begynne å gå vakter på en føde/gyn avdeling?». Det er derfor stor stas når det første *Introkurset* går i gang 11.11.2019 på Ahus. Kurskomiteen på Ahus, ledet av Jette Stær-Jensen og Ellen Marie Strøm-Roum, har jobbet i månedsvis med å få dette på plass, så det tror vi blir en fantastisk uke for alle nye LiS! Vi gleder oss!

Årlig holder Legeforeningens Spesialistråd et seminar for alle de 46 spesialitetene. Der inviteres leder av spesialitetskomiteene, en LiS i komiten, samt leder av den fagmedisinske foreningen i hvert fag. I år stilte Kristine Heien Hansen og Marte Myhre Reistad opp på solfylte Soria Moria i vårlige omgivelser (NGF lederen var dessverre forhindret fra å stille), sammen med mange andre fag-interesserte kollegaer til 2 dagers møte. Tema var, ikke overraskende, ny spesialiststruktur, samt etterutdanning. Helse-direktoratet stilte også til diskusjon, og ble, som de pleier, stilt en rekke realitetsorienterte spørsmål.

Til høsten blir det spesialitetskomiteenes oppgave å bistå Helse-direktoratet med å godkjenne (eller underkjenne) utdannings-

institusjonenes søknader om godkjenning. Arbeidet videre består i å jobbe frem en god kurspakke, utdanning av veiledere og kompetansevurdering av LiS. RegUt Midt Norge er fagansvarlig for fødselshjelp og kvinnesykdommer, og har ved sin leder, Siri Ann Mauseth, vist seg å være positive og samarbeidsvillige. Jeg tror det kan bli et godt samarbeid fremover.

Legeforeningen følger nå opp landsstyrevedtaket fra 2016 om obligatorisk etterutdanning for leger med spesialistgodkjenning. Spesialitetskomiteene og de fagmedisinske foreningene vil være sentrale i arbeidet med å definere krav til innhold og omfang av etterutdanningsaktiviteter for sin spesialitet. Men dette arbeidet litt nok litt frem i tid.

Hvis du vil lese mer om seminaret på Soria Moria kan du gjøre det på side 38.

Vi sees på årsmøtet i Bodø!

På vegne av komiteen
Marte Reigstad



Philosophiae doctor (PhD) Norsk Gynekologisk Forening gratulerer Genital descens repareres best med kvinnens eget vev

Gynekologer verden over har lenge trodd at god og vedvarende kirurgisk korreksjon av descens ikke kan oppnås ved bruk av kvinnens eget vev, men at syntetiske nett for vevsforsterkning er nødvendig for å unngå postoperativt recidiv. Oversand og medarbeidere fra gynekologisk avdeling ved Oslo Universitetssykehus (OUS) viser i sin avhandling «*Short and long-term outcomes of the Manchester Procedure for Pelvic Organ Prolapse and the impact of major Levator Ani Muscle defects*» at dette ikke stemmer. Spesielt ved uterusbevarende teknikker som Manchester-metoden, som involverer rekonstruksjon av alle tre vaginale kompartment (vaginaltopp, fremre og bakre skjedevegg), er risikoen for tilbakefall svært liten, under 3 % etter fem år.

Halvparten av kvinnene som ble operert for descens ved OUS, hadde levator-

vulsjoner. Slike skader oppstår i forbindelse med vaginale fødsler og øker risikoen for descens senere i livet. Noen studier viser at levatoravulsjoner i tillegg gir høy risiko for dårlige resultater etter descenskirurgi. Oversands avhandling viser derimot at ved bruk av Manchester-metoden oppnår disse kvinnene like gode operasjonsresultater som andre kvinner med descens. De eneste risikofaktorene for dårlige operasjonsresultater var store fremfall eller mye symptomer før kirurgi.

Hovedbudskapet med studien er derfor at gode resultater etter descenskirurgi kan oppnås ved kun å bruke pasientens eget vev, også hos kvinner med levatoravulsjoner. Spesielt gjelder dette ved bruk av metoder som involverer rekonstruksjon av alle tre vaginale kompartment, slik som Manchester-metoden.

DOKTORAND: Sissel Hegdahl Oversand

GRAD: Philosophiae doctor

FAKULTET: Det medisinske fakultet

INSTITUTT: Institutt for klinisk medisin

FAGOMRÅDE: Gynekologi

VEILEDERE: Rune Svenningsen og Anne Cathrine Staff

DISPUTASDATO: 14.12.18

VISERA
ELITE II

OLYMPUS

Your Vision, Our Future



16211

3D OG THUNDERBEAT - Den perfekte kombinasjonen.

Med vårt nye 3D system og THUNDERBEAT – gir vi deg neste generasjon av bildebehandling og hemostatisk disseksjon.

2 generasjons 3D system med et eksepsjonelt 3D bilde, med roterbar 30° EndoEye i 3D.

- Plug & Play
- Autoklaverbart 3D videolaparoskop
- Autofokus

THUNDERBEAT er verdens første fullintegreerte bipolar- og ultralydsinstrument.

- Pålitelig 7 mm vevforsegling
- Minimal termisk spredning
- Hurtigst i klassen for kutting

OLYMPUS NORGE AS

Drengsrudbekken 12, 1383 Asker | www.olympus.no

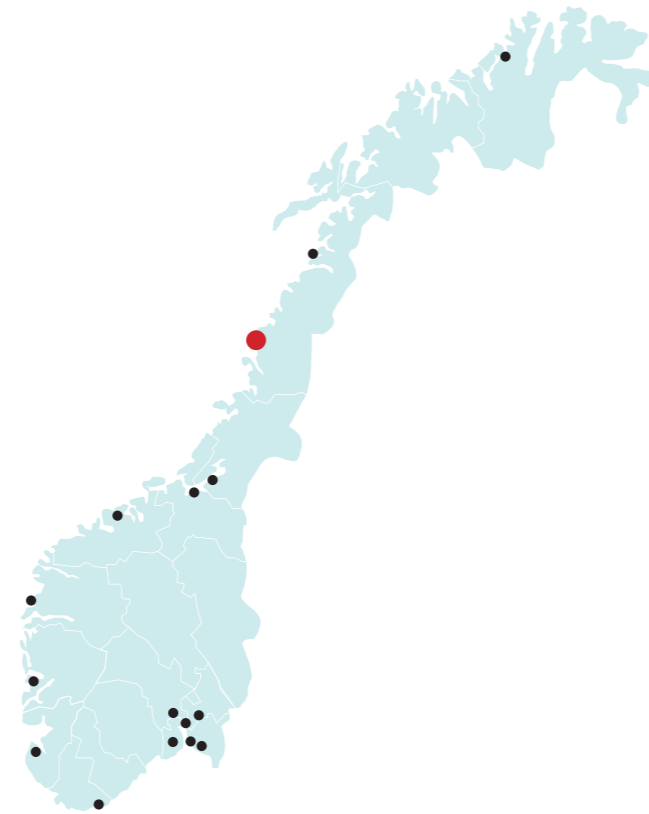
Utsikten fra en av fødestuene i forbindelse med støttemarkering til sykehuset.

Norge Rundt

Sandnessjøen sykehus

Av Ingvild Lohne Froen

Sandnessjøen sykehus er en del av Helgelandssykehuset, et helseforetak med sykehus i Sandnessjøen, Mosjøen og Mo i Rana. Vi er Nordlands 2. største fødeavdeling i 2018!



Tidligere besøkt:

- 1:2019 Kvinneklinikken – Sykehuset Østfold
- 4:2018 Levanger sykehus
- 3:2018 Kvinneklinikken OUS
- 2:2018 Kvinneklinikken St.Olavs Hospital HF
- 1:2018 Kvinneklinikken Rikshospitalet
- 4:2017 Kvinneklinikken ved Bærum Sykehus
- 3:2017 Kvinneklinikken ved Sørlandet sykehus – Kristiansand
- 2:2017 Kvinneklinikken Haugesund Sjukehus Helse Fonna HF
- 1:2017 Kvinneklinikken ved Helse Møre og Romsdal – Ålesund
- 4:2016 Kvinneklinikken ved Sykehuset i Vestfold Tønsberg
- 3:2016 Kvinneklinikken ved Ahus
- 2:2016 Kvinneklinikken ved Nordlandssykehuset - Bødø
- 1:2016 Kvinneklinikken i Hammerfest
- 4:2015 Kvinneklinikken i Stavanger
- 2:2015 Stiftelsen Betanien Sykehus dagkirurgisk senter, Bergen
- 1:2011 Kvinneklinikken i Hammerfest



Bilde av avdelingen.



fra feiring av Einar Landes bursdag her på avdelingen

«Sandnessjøen skårer best i landet på fødsels og barselomsorg. En avgjørende årsak til dette er jordmødrenes og barnepleiernes fokus på kvalitet»

Vår avdeling har fødsler, barsel og gynekologiske pasienter samlet. Vi har fire faste overleger, to leger i spesialisering og en overlegestilling hvor vi har faste vikarer som roterer. Vi er veldig heldige med våre vikarer, og de bidrar til nye faglige impulser, til opplæring av LiS og gode debatter på morgenmøtene.

Fødsler

I fjor hadde vi 317 fødsler, som gjør oss til nest største fødeavdelingen i Nordland. Vi har et stort nedslagsfelt, helt fra Sømna i sør til Træna ute i havgapet. Helgeland er et øyrike, og de fødende har ofte lang reisevei med både bil og båt. Det hender at våre jordmødre må rykke ut med helikopteret for å ta imot barn som blir født «uti øyan», eller at barna fødes i en ambulansébåt på vei inn til oss.

Vi tar imot fødsler fra uke 35. Seteleie, tvillinger og mødre med alvorlige sykdommer som påvirker graviditeten selekteres til Nordlandssykehuset Bodø. Vi har to fødestuer og kan by på epidural, lystgass og badekar. Avdelingen er opptatt av å ta vare på de nye familiene og at fødselen skal være en god opplevelse. En undersøkelse nylig publisert av Folkehelseinstituttet viser at Sandnessjøen og Kongsvinger skårer høyest på føde- og barselomsorg. En viktig årsak til dette er jordmødrenes og barnepleiernes fokus på kvalitet, samt tid og kapasitet til å ivareta hver enkelt fødekvinne.

Øve, øve, øve

Siden 2017 har vi innført halvårlig øving på nyfødtesuscitering etter BEST-prinsippet med anestesi- og intensivavdeling. Siden vi ikke har barneavdeling er dette en viktig del av jobben vår. Vi har også halvårlig øvinger med fokus på akutte fødselskomplikasjoner.

Dette gjør vi for å opprettholde vår faglige kompetanse for å håndtere slike situasjoner, til tross for selektering av høyrisiko-fødende til Bodø.

Gynekologi

Vår gynekologiske virksomhet skjer først og fremst i Sandnessjøen, men vi har også ambulerende poliklinikk nesten ukentlig til Brønnøysund og Mosjøen slik at gravide og eldre slipper den lange reiseveien. Av gynekologiske operasjoner gjøres blant annet laparoskopiske hysterektomier, prolapsoperasjoner, hysteroskopiske operasjoner, TVT og mere til.

Avdelingen vår er en veldig god arbeidsplass som har pasientens beste i fokus. Vi har et godt samarbeid mellom leger, barnepleiere og jordmødre. Yrkesgruppene drar nytte av hverandre, og vi er alle opptatt av å levere høy kvalitet til pasientene i alle ledd. Siste eksempel på dette er jordmødre som har vært på suturkurs og som selvfølgelig arrangerer suturkurs for oss alle for å videreformidle det de har lært.

Veien videre

For tiden står Helgelandssykehuset ovenfor en stor omstillingsprosess hvor sykehusstrukturen skal endres. Det ligger nå an til at tre sykehus skal bli til ett, og det diskuteres heftig om hvor ett stort akutt sykehus skal ligge. Dette er en krevende prosess for alle ansatte i Helgelandssykehuset siden det vil bety store endringer på sikt. I vår avdeling håper vi på et sykehus som ligger geografisk sentralt på Helgeland, slik at alle pasientene får en overkommelig reisevei til sykehus.

Ny behandling ved vaginal atrofi

Gelisse® (50 mikrogram østriol/g vaginalgel) er et nytt legemiddel for lokal behandling av vaginal atrofi.¹

EFFEKT

Signifikant god effekt på symptomer og slimhinne¹⁻⁴

SIKKERHET

Ubetydelig systempåvirkning takket være lav dose^{1,4}

VAGINALGEL

Adhesiv, smørende og lindrende¹

NYTT RESEPT-BELAGT LEGEMIDDEL

Gelisse®
50 µg østriol/g vaginalgel

Gelisse
Østrogen

ATC-nr.: G03CA04.

VAGINALGEL 50 µg/g: 1 g inneh.: Østriol 50 µg, hjelpestoffer.

Indikasjoner: Lokalbehandling av vaginal tørrhet hos postmenopausale kvinner med vaginalatrofi.

Dosering: Én applikatordose gir en dose på 1 g vaginalgel. Behandlingsoppstart: 1 applikatordose daglig i 3 uker. Vedlikeholdsbehandling: 1 applikatordose 2 ganger i uken. Etter 12 uker bør lege vurdere om behandling skal fortsette.

Administrering: Føres dypt inn i vagina vha. applikator. Følg nøye bruksanvisningen i pakningsvedlegget.

Kontraindikasjoner: Kjent, tidligere eller mistenkt brystkreft. Kjent eller mistenkt østrogenavhengig ondartet svulst (f.eks. endometriekreft). Udiagnostisert genitalblødning. Ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller pågående venøs tromboembolisme (dyp venetrombose, lungeemboli). Aktiv eller nylig arteriell tromboembolisk sykdom i anamnesen (f.eks. angina, hjerteinfarkt). Kjente trombofile forstyrrelser (f.eks. mangel på protein C, protein S eller antitrombin). Akutt leversykdom eller tidligere leversykdom der leverfunksjonstester ikke er normalisert. Overfølsomhet for innholdsstoffene. Porfyri.

Forsiktighetsregler: Til behandling av postmenopausale symptomer bør lokal østrogenbehandling kun innledes ved symptomer som reduserer livskvaliteten. For alle pasienter bør det foretas en grundig nytte-/risikovurdering minst 1 gang i året, og hormonsubstitusjonsbehandling (HRT) bør kun fortsette så lenge fordelene oppveier risikoen. Skal ikke kombineres med østrogenpreparater til systemisk behandling, da sikkerhet og risiko ved kombinasjonsbehandling ikke er studert. Intravaginal applikator kan gi små lokale skader, spesielt ved alvorlig vaginalatrofi. Medisinsk undersøkelse/oppfølging av behandling: Før innledning eller gjenopptagelse av østriolbehandling bør fullstendig anamnese og familieranamnese foretas. Fysisk undersøkelse, inkl. bekken- og brystundersøkelse, bør foretas. Regelmessige kontroller anbefales. Kvinnen bør gis råd angående hvilke endringer i brystene som skal rapporteres til lege eller sykepleier. Evt. vaginalinfeksjoner skal behandles før behandlingsstart. Ved gjennombrudds- eller småblødninger når som helst under behandlingen, skal årsaken undersøkes. For mer informasjon om de ulike risikofaktorene og tiltak, se SPC.

Interaksjoner: Ingen interaksjonsstudier er utført. Da preparatet administreres lokalt i en lav dose, forventes ingen klinisk relevante interaksjoner.

Graviditet, amming og fertilitet. Graviditet: Ikke indisert under graviditet. Dersom graviditet inntreffer, skal behandlingen umiddelbart seponeres. Ingen kliniske data fra bruk under graviditet. Epidemiologiske data indikerer ingen teratogene eller føtotoxiske effekter. Amming: Ikke indisert ved amming.

Bivirkninger: Vanlige (≥ 1/100 til <1/10): Hud: Pruritus. Kjønnsganer/bryst: Genital pruritus. Øvrige: Pruritus på påføringsstedet. Mindre vanlige (≥ 1/1000 til <1/100): Hud: Prurigo. Infeksiøse: Candidiasis. Kjønnsganer/bryst: Bekkensmerter, genitalt utslett. Nevrologiske: Hodepine. Øvrige: Irritasjon på påføringsstedet.

Basert på SPC godkjent av SLV/EMA: 11.04.2017. Gelisse, VAGINALGEL: Styrke: 50 µg/g. Pakning: 30 g (tube). For aktuell utsalgspris se www.legemiddelsok.no. Refusjon/Byttegruppe: -/- . Reseptgruppe C.

Referenser:

1. SPC Gelisse®, 04.2017, www.legemiddelverket.no
2. Cano et al. Menopause, 2012; 19 (10): 1130-9.
3. Caruso S et al. Menopause 2016; 23 (1): 47-54.
4. Delgado et al. Climacteric 2011; 14 (1): 66.

AOGS
Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Gynekologen presenterer utvalgte abstracts fra AOGS, Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica

Alle medlemmer av Norsk Gynekologisk Forening har tilgang til AOGS som fra 2013 kun publiseres på nett. Gynekologen har fått lov til å trykke de abstracts AOGS redaksjonen selv plukker ut til sin Journal Club. På siden [http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/\(ISSN\)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html](http://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/hub/journal/10.1111/(ISSN)1600-0412/AOGS_Journal_Club.html) finner du fulltekst av artiklene samt presentasjoner i PowerPoint format. Vi håper dette vil vekke din faglige nysgjerrighet!

AOGS Special Issue: Fertility Preservation for Women and Girls May 2019, Volume 98, Issue 5 Pages: 539-681

Cuerva MJ, García-Casarrubios P, García-Calvo L et al. **Use of intrapartum ultrasound in term pregnant women with contractions before hospital admission.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Feb;98(2):162-166. doi: 10.1111/aogs.13474.

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to test the hypothesis that transperineal ultrasound can be used to decide whether to admit a pregnant woman due to labor. **Material and methods:** In this analytical cross-sectional observational study, transperineal ultrasound was performed on pregnant women with intact membranes who came to the hospital due to contractions. A decision was made to admit women due to labor based on the ultrasound measurements. The ultrasound measurements were used to determine cervical dilation, the angle of progression, and fetal head position. The managing midwives were blinded to the results and made the final decision to admit the women based on digital vaginal examination. **Results:** It was possible to decide whether a woman had to be admitted for delivery or discharged due to the latent phase of labor according to the ultrasound examination in 55 of the 57 cases (96.5%). In 4 of the 55 cases, the decision based on ultrasound differed from the midwife's decision (7.3%). There was strong agreement between the decision to admit the pregnant women based on ultrasound measurements and the digital vaginal examination (Cohen's kappa: 0.844). It was possible to measure cervical dilation with ultrasound in 52 of the 57 cases (91.2%). The intraclass correlation coefficient for the cervical dilation measurements was 0.736 (95% confidence interval: 0.539 to 0.848). **Conclusions:** There was strong agreement between the ultrasound and digital vaginal examination results in the decision to admit singleton pregnant women at term due to labor. A large number of vaginal exams could be avoided by using intrapartum ultrasound.

Aviram A, Sherman C, Kingdom J, Zaltz A, Barrett J, Melamed N. **Defining early versus late fetal growth restriction by placental pathology.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Mar;98(3):365-373. doi: 10.1111/aogs.13499.

Introduction: While early and late fetal growth restriction have been suggested to be distinct entities, the optimal gestational age cut-off that differentiates the two conditions is currently unclear and has been arbitrarily set in previous studies between 32 and 37 weeks. We aimed to use placental pathology findings to determine that optimal gestational age cut-off between early and late fetal growth restriction. **Material and methods:** A retrospective cohort study of all women with singleton gestation who gave birth to a neonate diagnosed as small-for-gestational age (small-for-gestational age, defined as birth weight <10th percentile for gestational age) at a tertiary referral center between January 2001 and December 2015, and for whom placental pathology was available. Placental abnormalities were classified into lesions associated with maternal vascular malperfusion (MVM), fetal vascular malperfusion, placental hemorrhage and chronic villitis. Placental findings were analyzed as a function of gestational age at birth. The analysis was repeated in the subgroups of women without hypertensive complications of pregnancy (to reflect changes associated with isolated small-for-gestational age) and of neonates with severe small-for-gestational age (defined as birth weight <5th percentile) which are more likely to represent true fetal growth restriction. **Results:** A total of 895 women met the inclusion criteria. The only histological finding that changed with gestational age was MVM pathology which decreased in frequency with increasing gestational age. We identified a considerable drop in the rate of MVM lesions at 33 weeks of gestation. The rate of MVM pathology in placentas of infants born before 33^{0/7} weeks was significantly higher than that observed in placentas of infants born at ≥33^{0/7} weeks: 71.6% vs. 27.4%, p<0.001 for ≥2 MVM lesions; and 35.5% vs. 3.5%, p<0.001 for ≥3 MVM lesions. These findings persisted in the subgroups of women without hypertensive complications of pregnancy (n=662) and of neonates with severe small-for-gestational age (n=464). **Conclusions:** Using placental pathology as a direct measure of the mechanisms underlying fetal growth restriction, the optimal gestational age at birth cut-off which differentiates early from late fetal growth restriction appears to be 33^{0/7} weeks.

Åberg K, Norman M, Pettersson K, Järnbert-Pettersson H, Ekéus C. **Protracted vacuum extraction and neonatal intracranial hemorrhage among infants born at term: a nationwide case-control study.** Acta Obstet Gynecol Scand. 2019 Apr;98(4):523-532. doi: 10.1111/aogs.13519.

ABSTRACT

Introduction: The association between vacuum extraction and intracranial hemorrhage has been debated. We sought to investigate the impact of protracted vacuum extraction on the risk for neonatal intracranial hemorrhage in term infants. **Material and methods:** This nationwide case-control study covered Swedish maternity wards from 1999-2013. All term, live-born infants diagnosed with neonatal intracranial hemorrhage after vacuum assisted delivery were included as cases (n=167). For each case, three vacuum delivered controls,

without a diagnosis for intracranial hemorrhage, were selected (n=546 controls). Conditional logistic regression analysis was used to study the association between protracted extraction (defined as vacuum duration >15 minutes, > 6 pulls or >2 cup detachments), and neonatal intracranial hemorrhage. **Results:** Extractions exceeded 15 minutes among 33% of cases, vs 5% of controls. More than 6 pulls were used in 25% of cases and in 4% of controls, and more than 2 cup detachments occurred in 3.6% of cases and in 0.6% of controls. Compared to extractions adhering to safety recommendations, the odds for intracranial hemorrhage was nine-fold (OR 8.91 95% CI 5.22 to 15.20) among infants exposed to a protracted extraction. After adjustments for potential confounders, the OR decreased to 8.04 (95 % CI 4.49 to 14.38). **Conclusions:** The strong association between protracted extraction and intracranial hemorrhage suggests that adherence to safety recommendations may reduce the risk for intracranial hemorrhage in infants delivered by vacuum extraction. However, safe limits for vacuum duration and number of pulls are still unknown and intracranial hemorrhage may occur even when performed in accordance with safety recommendations.



Tørr skjede

– ingen hindring for et godt samliv

Remisoft tilfører fuktighet til slimhinnen, samt at lipider styrker og mykgjør hudbarrieren. I tillegg virker *Hamamelis virginiana*-vann (Trollhassel) på slimhinnenes overflate og styrker den fysiske barrieren. Dermed oppnås lindring og gjenoppretting av tørre og irriterte slimhinner, som kan gi kløe, svie eller smerter ved samleie.

Medifa

Undersøkellesstol for gynekologi og urologi

Eva Colpo

Smart kolposkopi



Medisinsk utstyr klasse IIa

Remisoft vaginalkrem

Den beskyttende fysiske barrieren bidrar til:

- ✓ Lindring og tilfører fukt
- ✓ Mykgjør og bevarer elastisitet
- ✓ Heling av småskader

Fås på alle apotek

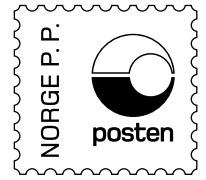
For mer info eller bestilling av prøver, kontakt oss på: post@sanapharma.no

Remisoft® 50 g krem (med applikator). Reseptfri, pleiende vaginal fuktighetskrem uten hormoner. Medisinsk utstyr, klasse IIa. Til behandling av ubehag pga. tørrhet i skjede og ytre intrområder (følelse av tørrhet, brennende følelse, smerter ved samleie eller kløe). Påføres 1g/dag. Anbefales opphold i 2 dager etter 30 dagers bruk. Kun i samråd med lege ved uttalte sympt. eller ved en vaginal infeksjon. Det mangler data for bruk av Remisoft ved graviditet/ amming. Unngå bruk rett etter fødsel og ved allergi mot innholdsstoffer. Les bruksanvisningen før bruk.

Sana Pharma Medical AS | Enebakkveien 117 A, 0680 Oslo | Tlf: 21 95 07 40 | E-post: post@sanapharma.no | www.sanapharma.no



Avs.: Polinor pluss



Returadresse:
Den Norske Legeforening
Pb 1152 Sentrum
0107 Oslo



Gyn stol som i noen håndgrep kan endres til undersøkelsesbenk. Også disse med elektrisk løft, tilt og rygg. Vi har også Gynstol med integrert HD videokolposkop se www.medero.no



Neo Safe T CU 380 og CU 380
mini Kobberspiral. Enkel å sette
inn og meget prisgunstig!

medero
MEDISINSK TEKNIKK

Tel. 45 22 76 71

epost: ordre@medero.no

www.medero.no



Gynekologiske instrumenter

